



VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: PROMEPASA, S.A. DE C.V.	O. de C. No	277/2011
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato , en: Almacén General	Solicitud No.	185/2011
	Fecha	06-06-2011

Unidad solicitante: Almacén General	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Sonda para drenaje urinario de látex, con balón 5-15 CC, 2 vías con válvula para jeringa tipo Luer Lock 14 fr. Tipo Foley empaque individual estéril, descartable marca: Well Lead, origen: China vencimiento: no menor de dos años	C/U	450	0.42	189.00
02	Sonda para drenaje urinario de látex, con balón 5-15 CC, 2 vías con válvula para jeringa tipo Luer Lock 16 fr. Tipo Foley empaque individual estéril, descartable marca: Well Lead, origen: China vencimiento: no menor de dos años	C/U	450	0.42	189.00
Insumos Médicos para el uso en este hospital					

Total en letras: **TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO 00/100 DOLARES** **\$378.00**

Especif.	541.07						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	378.00						

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, **DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.** En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.

Gestionó (UACI)	Autorizó (Dirección Gral.)	Registro (UFI)	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---