



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: DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 500 frascos en 5 días hábiles, el resto en 45 días hábiles en: Laboratorio Clínico | O. de C. No | 303/2011 |
| | Solicitud No. | 172/2011 |
| | Fecha | 26/07/11 |

| | | | |
|--|----------------|------------|---------|
| Unidad solicitante: Laboratorio Clínico | Forma de Pago: | | |
| | Crédito | XXX | Contado |

| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
|------|---|-----|-------|-------------------|-------------------|
| 1 | Hemocultivo adulto TSB (Tryptone Soy Broth) C/ 0.05% SPSA, 70 ml, Marca Himedia, Laboratorio Fabricante: Himedia país de Origen: India vencimiento: 9 meses | C/U | 900 | 3 | 2700 |
| | Para ser utilizados en pacientes de este Hospital | | | | |

Total en letras: DOS MIL SETECIENTOS 00/100 DOLARES \$2,700.00

| | | | | | | | |
|-------------|--------|--|--|--|--|--|---|
| Especif. | 541.08 | | | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondo General |
| Valor US \$ | 2700 | | | | | | |

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) |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---|