



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: LABTRONIC, S.A. DE C.V.	O. de C. No	309/2011
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3-5 días en: Banco de Sangre	Solicitud No.	159/2011
	Fecha	27/07/11

Unidad solicitante: Banco de Sangre	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Reactivos para hemogramas de tres partes diferenciales de lectura, marca Mythic, EE.UU, vencimiento de 12 a 24 meses. Se entregaran 10 diluyentes de 10 litros, equivalentes a 700 pruebas cada uno. Incluye en comodato contador hematológico automatizado MYTHIC 18, Marca Orphee, impresora ELX300, UPS/ Regulador de voltaje	Prueba	7,000	0.55	3,850.00
	Para ser utilizado en pacientes de este Hospital				

Total en letras: TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES \$3,850.00

Especif.	541.07						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	3,850.00						

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)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---