



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: SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.				O. de C. No	113/2012	
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3 días hábiles en: Almacén General				Solicitud No.	57/2012	
				Fecha	20-02-2012	
Unidad solicitante: Almacén General			Forma de Pago:			
			Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción		u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Descartables para suero, sin aguja, con ventana de 2.5 yardas, con Luer Lock, adaptador en “Y”, 20 got/ml marca: Sensimedical origen: China, vencimiento: no menor de dos años		C/U	14,000	0.17	2,380.00
02	Gorro para enfermera, descartable, marca: Sensimedical, origen. China, vencimiento: no menor de dos años		C/U	18,000	0.04	720.00
	Insumos Médicos para el uso en los pacientes de este Hospital					
Total en letras: TRES MIL CIEN 00/100 DOLARES					\$3,100.00	
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	3,100.00					
<p>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.</p>						
Gestionó (UACI)		Autorizó (Dirección Gral.)		Registro (UFI)		Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)