



## *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

Ministerio de Salud



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

### ORDEN DE COMPRA

Señores: DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-200195-102-6) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>8 días hábiles en: Banco de sangre</b>	O. de C. No	3215-58/2013
	Solicitud No.	150/2012
	Fecha	03-01-2013

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

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Proteína C reactiva látex kit 100 determinaciones con aplicaciones y tarjetas, marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido vencimiento: 12 meses	C/U	1,200	0.20	240.00
02	Anti A suero tipeador frasco 10 ml, marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido, vencimiento: 12 meses	C/U	100	2.85	285.00
03	Anti B suero tipeador frasco de 10 ml marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido, vencimiento: 12 meses	C/U	100	2.85	285.00
04	Anti D suero tipeador frasco de 10 ml marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido, vencimiento: 12 meses	C/U	50	5.85	292.50
<b>Reactivos necesarios para ser utilizados en Banco de Sangre de este Hospital</b>					

Total en letras: UN MIL CIENTO DOS 50/100 DOLARES **\$1,102.50**

Especif.	543.09									Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	1,102.50									

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.

<b>Gestionó (UACI)</b> 	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b> 	<b>Registro (UFI)</b>  HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lic. Verónica Beatriz Henríquez	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)  Alex Ojeda
---	--	---	--





# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

**HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL**

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V.</b>				O. de C. No	3215-58/2013	
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>8 días hábiles en: Banco de sangre</b>				Solicitud No.	150/2012	
				Fecha	03-01-2013	
Unidad solicitante: <b>Banco de Sangre</b>			Forma de Pago:			
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción		u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Proteína C reactiva látex kit 100 determinaciones con aplicaciones y tarjetas, marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido vencimiento: 12 meses		C/U	1,200	0.20	240.00
02	Anti A suero tipeador frasco 10 ml, marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido, vencimiento: 12 meses		C/U	100	2.85	285.00
03	Anti B suero tipeador frasco de 10 ml marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido, vencimiento: 12 meses		C/U	100	2.85	285.00
04	Anti D suero tipeador frasco de 10 ml marca: Plasmatec, país de origen: Reino Unido, vencimiento: 12 meses		C/U	50	5.85	292.50
<b>Reactivos necesarios para ser utilizados en Banco de Sangre de este Hospital</b>						
Total en letras: <b>UN MIL CIENTO DOS 50/100 DOLARES</b>					<b>\$1,102.50</b>	
Especif.	<b>543.09</b>				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	<b>1,102.50</b>					
<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, <b><u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u></b> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>						
<b>Gestionó (UACI)</b>		<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>		<b>Registro (UFI)</b>		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)