



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: FARLAB, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3 días hábiles en: Banco de sangre	O. de C. No	3215-101/2013
	Solicitud No.	150/2012
	Fecha	11-02-2013

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

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Antiestreptolisina “O” Set de 100 determinaciones marca: Spinreact origen: España	Kit	03	22.00	66.00
02	Antoglobulina humana Poli específico ANTI IgG (Anti CD3) monoclonal frasco transparente de 10 ml marca: Spinreact origen: España	C/U	40	8.00	320.00
03	Albumina Bovina al 22% frasco transparente de 10 ml marca: Spinreact origen: España	C/U	40	4.50	180.00
04	Prueba para determinación de antígenos febriles (O,H,A, B, AX19, BA) método por aglutinación frasco de 5 ml, mas control positivo y negativo de 1 ml marca: Spinreact origen: España	C/U	05	35.00	175.00
05	Prueba rápida para la determinación de Ganodotropina Corionica en sangre, Set de 100 Pruebas marca: Biotest, origen: China	C/U	12	40.00	480.00
	Reactivos necesarios para ser utilizados en Banco de Sangre de este Hospital				

Total en letras: **UN MIL DOSCIENTOS VEINTIUNO 00/100 DOLARES** **\$1,221.00**

Especif.	543.09						Línea de Trabajo 02-02
							Fondo General
Valor US \$	1,,221.00						

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)

