



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: FARLAB, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-290995-104-7) 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	AntiStreptolisina "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	Linea 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)
---------------------	--------------------------------	--------------------	--



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)

