



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: SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato en: Almacén General	O. de C. No	167/2012
	Solicitud No.	74/2012
	Fecha	21-03-2012

Unidad solicitante: Almacén General	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Tapón de cierre con toma de inyección Luer Lock, empaque individual estéril (sello de heparina), marca: Evergrand, país de origen: China, vencimiento: no menor de dos años	C/U	8,000	0.07	560.00
02	Cable, lápiz y punta para electrocauterio monopolar, espiga en 3, empaque individual estéril, descartable, con interruptor de mano, marca: Shinmed, país de origen: no menor de dos años	C/U	684	1.73	1,183.32
Insumos Médicos para el uso en este Hospital					

Total en letras: **UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES 32/100 DOLARES** **\$1,743.32**

Especif.	541.13						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	1,743.32						

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