



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: MULTIPLES NEGOCIOS, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 2 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	181/2012
	Solicitud No.	42/2012
	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	Libreta para toma de dictados (Taquiografía) marca: Corsario	C/U	100	0.36	36.00
02	Order Book tamaño oficio 120 paginas marca: Balboa	C/U	250	0.59	147.50
03	Papel bond B-20 tamaño carta, resma marca: Classic	C/U	900	3.27	2,943.00
04	Papel bond B-20 tamaño oficio, resma marca: Classic	C/U	650	4.14	2,691.00
05	Lápiz corriente, con borrador, mina negra No. 2 marca: Pioneer	C/U	1,000	0.04	40.00
	Papelería y Artículos Generales para el uso en este Hospital				

Total en letras: **CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE 50/100 DOLARES** **\$5,857.50**

Espefic.	541.05 541.14						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	5,857.50						

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.

Gestionó (UACI)	Autorizó (Dirección Gral.)	Registro (UFI)	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---