



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: DROGUERIA MARANATHA, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 04 semanas en: Banco de Sangre	O. de C. No	3215-180/2013
	Solicitud No.	97/2013
	Fecha	15-04-2013

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

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Suero tipeador monoclonal anti A frasco transparente de 10 ml marca: Dialab, origen: Austria, vencimiento no menor de un año	C/U	95	3.00	285.00
02	Suero tipeador monoclonal Anti B frasco transparente de 10 ml marca: Dialab, origen: Austria, vencimiento no menor de un año	C/U	95	3.00	285.00
03	Suero tipeador monoclonal Anti D frasco transparente de 10 ml marca: Dialab, vencimiento: no menor de un año	C/U	115	6.00	690.00
04	Albumina Bovina 22% frasco transparente de 10 ml, marca: Dialab, origen: Austria, vencimiento: no menor de un año	C/U	50	5.00	250.00
	Reactivo necesario para la realización de compatibilidad en transfusiones sanguíneas.				

Total en letras: **UN MIL QUINIENTOS DIEZ 00/100 DOLARES** **\$1,510.00**

Espefif.	541.07						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	1,510.00						

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