



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: DISMED, S.A. DE C.V. | | | | O. de C. No | 3215-215/2013 | | |
|---|--|-----------------------------------|----------------|-----------------------|---------------|---|-------------------|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 5 días hábiles: Almacén de Medicamentos | | | | Solicitud No. | 116/2013 | | |
| | | | | Fecha | 13-05-2013 | | |
| Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos | | | Forma de Pago: | | | | |
| | | | Crédito | XXX | Contado | | |
| Rgn. | Descripción | | | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Expansor de volumen plasmático, a base de gelatina modifica al 4%, solución inyectable frasco plástico de 500 ml, Gelofusine marca: B/Braun, origen: Alemania/otros países, vencimiento: no menor a 18 meses, código: 02800075 | | | C/U | 100 | 10.00 | 1,000.00 |
| Medicamentos para el uso en este Hospital | | | | | | | |
| Total en letras: UN MIL 00/100 DOLARES | | | | | | | \$1,000.00 |
| Especif. | 541.08 | | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondo General | |
| Valor US \$ | 1,000.00 | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | | |
| Gestionó (UACI) | | Autorizó (Dirección Gral.) | | Registro (UFI) | | Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) | |