



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: ARMARO, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 5 días hábiles: Almacén General	O. de C. No	3215-231/2013
	Solicitud No.	125/2013
	Fecha	20-05-2013

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

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Nylon monofilamento 3/0 con aguja cortante 3/8 circulo 25 mm, longitud 45-75 cm E.I.E., marca: Vital sutures origen: Perú, vencimiento: no menor a dos años	C/U	1,128	0.73	823.44
02	Nylon monofilamento 2/0 con aguja cortante 3/8 circulo 25 mm, longitud 45-75 cm E.I.E. marca: Vital Sutures origen: Perú, vencimiento: no menor a dos años	C/U	1,860	0.73	1,357.80
Insumos Médicos para el uso en este Hospital					

Total en letras: **DOS MIL CIENTO OCHENTA Y UNO 24/100 DOLARES** **\$2,181.24**

Especif.	541.13						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	2,181.24						

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