



GOBIERNO DE EL SALVADOR

0040

Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador

UNIDAD DE ADQUISICIONES

PREVISION NO:202

UACI del Hospital Nacional San Bartolo

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

San Bartolo 30 de Octubre del 2015

No.Orden:202/2015

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

MENDOZA CRUZ, JOSUE ALBERTO



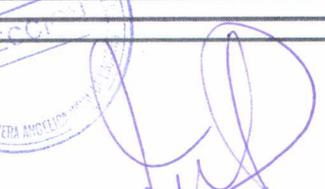
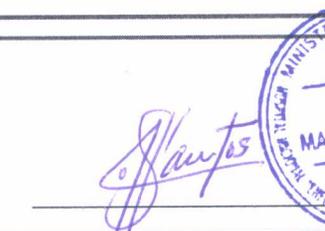
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria—SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CIELO FALSO	-	-
75.02	Metro Cuadrado	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CIELO FALSO TIPO GALAXY, DIMENSIONES: 34.10 X 2.20 MTS, ÁREA 75.02 M2 DEL ÁREA DE PEDIATRIA	\$13.50	\$1,012.77
0	Cada Uno	EL TRABAJO CONSISTE: DESMONTAJE DE CIELO FALSO ACTUAL (TABLA YESO, Y PERFILARÍA EXISTENTE) Y LÁMPARAS; INSTALACIÓN DE NUEVA PERFILARÍA ADECUADA A LOSETA GALAXY (SEGÚN LO SOLICITADO) EL CUAL LLEVARA ÁNGULOS, TEE Y CRUCEROS; COLOCACIÓN DE CABLES DE SUSPENSIÓN A PERFILARÍA	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	COLOCACIÓN DE LOSETAS GALAXY (APROXIMADAS 105 LOSETAS GALAXY) LA LOSETA ES DE 6MM PARA MAYOR GARANTÍA DEL PRODUCTO; COLOCACIÓN Y AJUSTE DE LUMINARIA EXISTENTE, RETIRO DE ESCOMBROS O MATERIALES NO UTILIZABLES, SE UTILIZARAN MATERIALES Y EQUIPO PARA EVITAR EL MENOR POLVO O SUCIEDAD POSIBLE POR LA NATURALEZA DEL TRABAJO	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 8 DÍAS HÁBILES, GARANTÍA DE OBRA: 1 AÑO	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$1,012.77

SON: mil doce 77/100 dolares

OBSERVACION: SE CUMPLIRÁN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. -APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. -PRESENTAR 6 COPIAS DE FACTURA. -REFLEJAR EN SU FACTURA EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. REFLEJAR EL 1% DE RETENCIÓN. -EL NÚMERO DE ORDEN DE COMPRA Y EL TIPO DE FONDO: GOES ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA: ING. FRANCISCO FRANCO, TEL. 2201-3100/3164/3165

LUGAR DE ENTREGA:HOSPITAL NACIONAL SAN BARTOLO

LUGAR DE NOTIFICACIONES:NOTA: Deberá presentar en la UACI del hospital declaración jurada según anexo. Adjuntar a declaración jurada: copia de tarjeta de cuenta bancaria ó nota del banco ó entidad financiera que detalle el número de cuenta.

 _____ Titular Designado	 _____ Suministrante
 	 

Elaborado por:lespinoz

ACTUALIZADA

UACI HNSB vidal de najarro

FECHA ENVIO FAX: 04 NOV 2015

FECHA COMPE FAX: _____

Nº DE FOLIO: _____

HOJA DE: 12.00mg

UACI