

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”



GOBIERNO DE EL SALVADOR

21

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

UNIDAD DE ADQUISICIONES

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION NO:202

UACI del Hospital Nacional San Bartolo

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

San Bartolo 21 de Junio del 2016

No.Orden:108/2016

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE PINZAS DISECTORAS	-	-
6	Cada Uno	PINZAS DISECTORAS MARYLAND 5MM X 31 CM DE LONGITUD, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTÉRIL DESCARTABLE; MARCA: B BRAUN/AESCLAP; ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAÍSES FABRICANTES; VENTTO: NO MENOR A 18 MESES;	\$140.00	\$840.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN E COMPRA.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$840.00

SON: ochocientos cuarenta 00/100 dolares

OBSERVACION: SE CUMPLIRÁN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. --APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. --PRESENTAR 7 COPIAS DE FACTURA. ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA: LIC. RAMIRO PORTILLO.; TEL. 2201-3108 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

LUGAR DE ENTREGA:OFICINAS DE ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO. HORARIO DE 7:30 AM A 12:30 MD, Y DE 1:30 PM A 3:30 PM

LUGAR DE NOTIFICACIONES:DEBERÁ PRESENTAR EN LA UACI DEL HOSPITAL DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DE DEPOSITO DE PAGO. ADJUNTAR A DICHA DECLARACIÓN JURADA: COPIA DE TARJETA DE CUENTA BANCARIA Ó NOTA DEL BANCO Ó ENTIDAD FINANCIERA QUE DETALLE EL NÚMERO DE CUENTA.

 <p>Titular o Designado</p>	
	 <p>Suministrante</p>

Elaborado por:pvides

UACI.HNSB *ma mail*

FECHA ENVIO FAX: 24 JUN 2016 *VAG*

PERS. CONF. FAX: *Nelly*

Nº DE HOJAS ENVIADAS: *1*

HORA DE COMPRA: *11:45am*

ACTUALIZADA