

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	24
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 12 de Mayo del 2016	No.Orden:93/2016
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE		NIT
LUIS ALONSO RAMIREZ CHICAS		[REDACTED]

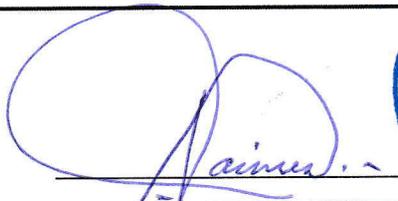
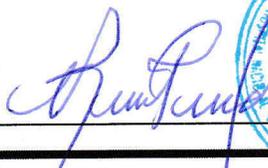
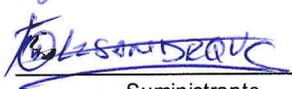
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-COMPR DE SERVICIO DE LAVADO Y DESINFECCION DE CISTERNA	-	-
1	Cada Uno	SERVICIO DE LAVADO Y DESINFECCION DE CISTERNA, DIMENSIONES 390 METROS CUBICOS,	\$425.00	\$425.00
0	Cada Uno	DICHO SERVICIO SE REALIZARA EL DIA 28 DE MAYO DE 2016 A PARTIR DE AS 7:30 AM; Y LA EMPRESA SE COMPROMETE A CUMPLIR CON TODAS LAS ESPECIFICACIONES QUE MENCIONA EN SU OFERTA QUE FORMA PARTE INTEGRAL DE ESTE EXPEDIENTE.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$425.00

SON: cuatrocientos veinticinco 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: ING. ALONSO JAIMES.; TEL. 2201-3146 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:HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGELICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO

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.

  Titular o Designado	  Suministrante
  Suministrante	  Suministrante

Elaborado por:pvdes

UACI-HNSB
16 MAY 2016

MONA ENVIO FAX: _____

PREB CONF. FAX: Cristina Martinez

•• DE HOJAS ENVIADAS 1

•• DE JP CONFIRMA 8:18am

uaci
uacimail
ACTUALIZADA
ESCANEAADA