


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	
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 15 de Julio del 2016	No.Orden: 132/2016
----------------	---	--------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
VALLADARES GUZMAN, ANDREA MARIA	





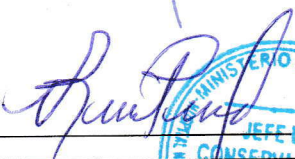


CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria—COMPRA DE HERRAMIENTAS, Y MATERIALES ELÉCTRICOS PARA EL HOSPITAL SAN BARTOLO AÑO 2016	-	-
1	Cada Uno	CONTACTOR 220 V, 250 AMP BOBINA 208V Y CONTACTOS, MARCA: SIEMENS;	\$1,200.00	\$1,200.00
0	Cada Uno	PLAZO DE ENTREGA: 10 DÍAS HÁBILES;	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$1,200.00

SON: mil doscientos 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: SR. LEOPOLDO MARTINEZ.; TEL. 2201-3165 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.

 _____ Titular o Designado	  _____
  _____	  Suministrante

Elaborado por: pvides

UACI-HNSB
FECHA ENVIO FAX: 18 III 2016
PERS. CONF. FAX: Ricardo Gutierrez
Nº DE HOJAS: 1
HORA DE ENTREGA: 1:53 pm

UACI

ACTUALIZADO