

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 07 de Septiembre del 2016

No.Orden: 145/2016

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

JESUS ABRAHAM LOPEZ TORRES

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-COMPRA DE ESTANTE METALICO TIPO DEXION	-	-
1	Cada Uno	ESTANTE METALICO , MED 0.80 MTS DE ANCHO X 0.38 MTS DE FONDO X 2.00 MTS DE ALTO; 5 ANAQUELES 4 ESPACIOS ÚTILES.	\$99.00	\$99.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA; GARANTÍA: 1 AÑO POR DESPERFECTOS DE FABRICACIÓN Y NO POR MAL USO.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$99.00

SON: noventa y nueve 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: LICDA. JULIA BENAVIDEZ.; TEL. 2201-3157 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>_____</p>
 <p>_____</p>	 <p>Suministrante</p> 

Elaborado por: pvides

UACI-HNSB

FECHA ENVIO FAX: **07 SEP 2016**

PERS. CONF. FAX: **Mansela Burgos**

Nº DE HOJAS ENVIADAS: **1**

HORA DE CONFIRMA: _____

Limite de pago ant. 21/9/16