

## 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”

	<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>	<b>19</b>
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 Septiembre del 2016** No.Orden:148/2016

**RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE** **NIT**

**GRUPO PAILL S. A. DE C. V.**

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE EPINEFRINA DE 1MG	-	-
400	Cada Uno	EPINEFRINA PL 1MG/ML, SOLUCIÓN INYECTABLE; CONCENTRACIÓN: 1.0MG; PRESENTACIÓN: AMPOLLA X 1 ML; MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR; VENCIMIENTO: NO MENOR A 1 AÑO	\$0.62	\$248.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 1-3 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA	\$0.00	\$0.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$248.00

SON: **doscientos cuarenta y ocho 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.

  Titular o Designado	  Suministrante
---	--

Elaborado por:pvides

**UACI-HNSB**

FECHA ENVIO FAX: **12 SEP 2016**

PER. CONT. FAX: **Maria Rojas**

Nº DE HOJAS ENVIADAS: **3 30pm**

HORA DE CONFIRMA: **1**

UACI

ACTUALIZADA