


•
•

•
•

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	95
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 05 de Octubre del 2016** No.Orden:156/2016

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE **NIT**

JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. XXXXXXXXXX



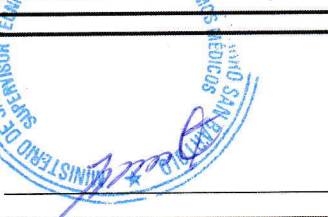

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE INSUMOS MEDICOS	-	-
5000	Cada Uno	JERINGA 5 ML C/ADAPTADOR LUER LOCK AGUJA 21 X 1 1/2", DESCARTABLE, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTÉRIL; MARCA: SENSI MEDICAL; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO: NO MENOR A 2 AÑOS.	\$0.04	\$200.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE ENTREGA.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$200.00

SON: doscientos 00/100 dolares

OBSERVACION: SE CUMPLIRÁN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. --PEGARSE 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	JAYOR, S.A. de C.V.

Elaborado por:pvides

UACI-HNSB
07 OCT 2016

FICHA ENVIO FAX: _____

PERSONA CONTACTADA: Ivan Lopez

Nº DE HORAS ENTREGADAS: 3:30 pm

TIEMPO DE ENTREGA: _____

Facbo Limita
01/10/16
ACTUALIZADA
UACI