

•
•

•
•

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	22
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 Octubre del 2016** No.Orden:170/2016

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE **NIT**

REINA DE LA PAZ RODRIGUEZ ZELAYA 

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE PANTALLA PARA PROYECCION	-	-
1	Cada Uno	PANTALLA PARA PROYECCIÓN KLIP XTREME KPS-304, DIMENSIONES: ANCHO 240 CM, ALTO 180 CM; RELACIÓN DE ASPECTO 4:3; BLANCO MATE; DESPLIEGUE MANUAL CON BLOQUEO;	\$155.00	\$155.00
0	Cada Uno	GARANTIA: 1 AÑO POR DESPERFECTOS DE FABRICA; TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS HABILIS	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$155.00

SON: ciento cincuenta y cinco 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. MARGARITA DÍAZ; TEL. 2201-3173 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

RECIBIDO UACI

FECHA: _____

HORA: _____

FIRMA: UACI-HNSB

FECHA ENVIO FAX: 13 OCT 2016

PERS. CONF. FAX: Pagina

Nº DE HOJAS ENVIADAS: 1 125-135

HORA DE CONFIRMA: 125-135

E. Limita -
25/11/16

Costo
vnu

ACTUALIZADO