

•  
•

•  
•

## **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

13

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 Diciembre del 2016

No.Orden:216/2016

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE CREATININA PARA UCSF AGUILAR	-	-
960	Cada Uno	CÓDIGO: 30106508 PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: BECKMAN COULTER; ORIGEN: ESTADOS UNIDOS; VENCIMIENTO: 01/07/2017	\$0.55	\$528.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 3 DÍAS HÁBILES	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$528.00

SON: quinientos veintiocho 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. MANUEL ENRIQUE GARCIA.; TEL. 2201-1352 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: PROPIOS

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.



Handwritten signature of the designated title holder

Titular o Designado

Handwritten signature of the supplier

MINISTERIO DE SALUD  
Región de Salud Metropolitana  
DIRECCION  
Unidad de Salud Aguilares

Handwritten signature of the supplier



Handwritten signature of the supplier

Suministrante

DIAGNOSTIKA  
CAPRIS S.A. de C.V.  
Líderes en Diagnóstico

Elaborado por:pvides

ACTUALIZADA

UACI-HNSB

FECHA ENVIO FAX: 05 DIC 2016

PER. CONF. FAX: Victor Farnues

Nº DE HOJAS ENVIADAS: 1

HORA DE CONFIRMA: 2:26pm

UACI