

•  
•

•  
•

## **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>115</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 08 de Noviembre del 2016** No.Orden: 191/2016

**RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE** **NIT**  
**PROMEPASA, S. A. DE C. V.** XXXXXXXXXX

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE MEDICAMENTOS AÑO 2016	-	-
3000	Cada Uno	DEXTROSA + SODIO CLORURO (5 + 0,3)% SOLUCIÓN INYECTABLE HIPOTONICA I.V. BOLSA PLÁSTICA FLEXIBLE DE 250ML C/U; ORIGEN: EL SALVADOR, VENTTO: NO MENOR DE 2 AÑOS; PRESENTACIÓN: CAJA DE 40 UNIDADES; MARCA: DELMED	\$0.59	\$1,770.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 5-8 DÍAS HABILES	\$0.00	\$0.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	<b>\$1,770.00</b>

SON: mil setecientos setenta 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

 <p><i>[Signature]</i> Titular o Designado</p>	 <p><i>[Signature]</i></p>
<p>_____</p>	 <p>Suministrante</p>

Elaborado por: pvides

ACTUALIZADA

**UACI-HNSB**

FECHA ENVIO FAX: 09 NOV 2016

PER. CONF. FAX: Nohemy Delgado

AP DE HOJAS ENVIADAS: \_\_\_\_\_

HORA DE CONFIRMA: 3:30 pm

UACI