

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)

	GOBIERNO DE EL SALVADOR	46
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 24 de Febrero del 2017	No.Orden:004/2017
----------------	---	-------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
MARIA SUSANA MEJIA DE CANALES	[REDACTED]

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-SUMINISTRO DE ARTICULOS DESECHABLES PARA ALIMENTACION Y DIETAS DEL HNSB L.G. 08/2017	-	-
19760	Cada Uno	CUCHARA SOPERA DESECHABLE PRESENTACION PAQUETE DE 25 UNIDADES	\$0.01	\$197.60
0	Cada Uno	MARCA: EL ROBLE. SE GARANTIZA EL CAMBIO DE PRODUCTO QUE POR DEFECTO DE FABRICA PRESENTE INCONSISTENCIAS.	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: UNA SOLA ENTREGA NO MAYOR DE 5 DIAS HABILES	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$197.60

SON: ciento noventa y siete 60/100 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. LAURA PEÑA.; TEL. 2201-3105, 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 12:00 MD, Y DE 1:30 PM A 3:00 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: 24 FEB 2017

PER.S. CONF. FAX: Maria Susana Mejia

Nº DE HOJAS ENVIADAS: 1

HORA DE CONFIRMA: 2:10 pm

UACI

ACTUALIZADA