

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	42
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 13 de Marzo del 2017	No.Orden:009/2017
----------------	-----------------------------------------	-------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
PROYECTOS SUMINISTROS Y SERVICIOS, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE.	[REDACTED]

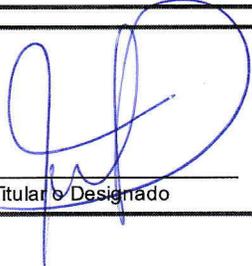
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-COMPRA DE QUÍMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE AGUAS DE CALDERAS	-	-
45	Galón	PRODUCTO QUÍMICO ANTI INCRUSTANTE (FOSFONATO)	\$16.50	\$742.50
45	Galón	PRODUCTO QUÍMICO ANTICORROSIVO (SULFITO)	\$14.50	\$652.50
45	Galón	AMINA EVAPORATIVA	\$17.50	\$787.50
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DÍAS HABLES	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$2,182.50

SON: dos mil ciento ochenta y dos 50/100 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 ING. JAVIER ORTEGA; TEL. 2201-3164, 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

4 MAR 2017

FECHA ENVIO FAX: 4 MAR 2017

POES. CONF. FAX: Jose Camanra

Nº DE HOJAS ENVIADAS: 1

HORA DE CONFIRM: 10:20am

ACTUALIZADA
UACI