

## **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

18

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 14 de Marzo del 2017

No.Orden:11/2017

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

SAGASTUME DE ALVARADO, BLANCA TIODOLINDA

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-COMPRA DE INSUMOS MEDICOS	-	-
30	Cada Uno	AQUACEL AG DE LA MEDIDA 6" X 6" 15 CM X 15CM, APÓSITO DE HIDROFIBRAS NO TEJIDO CON FIBRA DE CARBOXIMETILCELULOSA, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTÉRIL DESCARTABLE; MARCA: CONVATEC; ORIGEN: REINO UNIDO UK; REGISTRO DNM:IM 1206; VENTTO: 05-2018	\$15.95	\$478.50
30	Cada Uno	SAF-GEL, GEL DE ALGINATO DE CALCIO Y SODIO, HIDRATANTE, TUBO DE 85 GRAMOS; MARCA: CONVATEC; ORIGEN: ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA; REGISTRO DNM: F037829052002; VENTTO: 30-04-2018	\$21.00	\$630.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$1,108.50

SON: mil ciento ocho 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 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

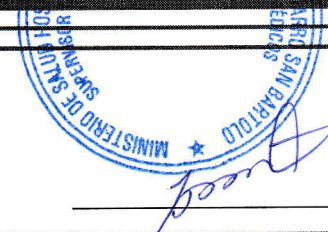
LUGAR DE ENTREGA:OFICINAS DE ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO. HORARIO DE 7:30 AM A 12:00 MD, Y DE 1:30 PM A 3:00 PM


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.




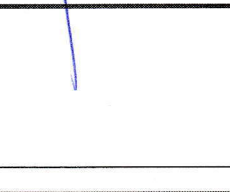


Titular o Designado











Suministrante



Elaborado por:pvides

UACI  
14 MAR 2017  
FECHA ENVIO FAX  
PERS. CONF. FAX: Rafael Sagastume  
Nº DE HOJAS ENVIADAS: 3.23 pr  
HORA DE COM. TEL: 1

ACTUALIZADA  
UACI