

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

23

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 19 de Abril del 2017

No.Orden:024/2017

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

MUÑOZ GARCIA, JOSE SALVADOR

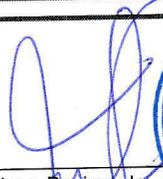
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-COMPR DE TALONARIOS RECETARIOS 2017	-	-
600	Block	TALONARIO RECETARIO DE 100 JUEGOS CADA UNO, IMPRESO A UNA TINTA EN QUÍMICO, TRIPLICADO, MEDIDA: 11 X 15.5 CM	\$1.15	\$690.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 15 DÍAS CALENDARIOS.	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	EL HOSPITAL SE RESERVA EL DERECHO DE RECIBIR O RECHAZAR EL PRODUCTO HASTA QUE EL ADMINISTRADOR DE ESTA ORDEN SE ENCUENTRE EN ENTERA SATISFACCIÓN.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$690.00

SON: seiscientos noventa 00/100 dolares

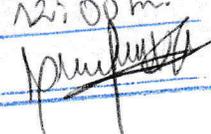
OBSERVACION: SE CUMPLIRÁN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. -APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. -PRESENTAR 7 COPIAS DE FACTURA. ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA DR. JOSE ALFREDO CRUZ RUIZ; TEL. 2201-3124, REFLEJAR EN SU FACTURA EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. 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

HOSPITAL NACIONAL "ENF. ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO" SAN BARTOLO
RECIBIDO UFI
 Fecha: 5-5-2017
 Hora: 12:00 m.
 Firma: 

UACI-HNSB
 FECHA ENVIO FAX: 19 ABR 2017
 PESS. CONF. FAX: Claudia Candelis
 Nº DE HOJAS ENVIADAS: 1
 HORA DE CONF. FAX: 2:50 pm

ACTUALIZADA

UACI