



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
NACIONAL
CIUDAD BARRIOS



Hospital Nacional de Ciudad Barrios

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 ello 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) Puede ser requerida por el usuario a través de la Oficina de Información y Respuesta del Ministerio de Salud sobre la Calle Arce N.o 827 San Salvador en horario de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30 pm ó en el siguiente correo electrónico oir@salud.gob.sv

F: 

Dr. Samuel Eliezer Alvarez Melara

Director



	GOBIERNO DE EL SALVADOR	
Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISION NO:202
UACI del Hospital de Ciudad Barrios	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	San Miguel 06 de Julio del 2022	No.Orden:32/2022
----------------	--	-------------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

COPIADORAS DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--LIBRE GESTIÓN 0027-2022 ADQUISICIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE IMPRESORES	-	-
1	Cada Uno	ÍTEM: 1, CÓDIGO: 81201810, SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA IMPRESOR	\$237.00	\$237.00
0	Cada Uno	ADJUDICADO: SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO PARA IMPRESOR MULTIFUNCIONAL MARCA KYOCERA ECOSYS M2640, INCLUYE SUSTITUCIÓN DE PIEZA FK-1152 FUSER KIT, GARANTÍA 6 MESES	\$0.00	\$0.00
1	Cada Uno	ÍTEM: 2, CÓDIGO: 81201810, SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA IMPRESOR	\$90.00	\$90.00
0	Cada Uno	ADJUDICADO: SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO PARA IMPRESOR MULTIFUNCIONAL ECOSYS M 3655 IDN, INCLUYE REPARACIÓN DE ADF (PROCESADOR DE DOCUMENTOS), GARANTÍA 6 MESES	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$327.00

SON: **trescientos veintisiete 00/100 dolares**

LUGAR DE ENTREGA:HOSPITAL NACIONAL DE CIUDAD BARRIOS

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante