

# **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)**

**“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”.**



# GOBIERNO DE EL SALVADOR

HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA CONCEPCION  
ESTE DOCUMENTO FUE DISTRIBUIDO EL DIA 25/10/2018

Hospital Nacional de Nueva Concepción

UNIDAD DE ADQUISICIONES

HOSPITAL NUEVA CONCEPCION

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISIÓN NO:99

## ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

Nueva Concepción, 25 de Octubre del 2018

No.Orden:142/2018

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

JOSE ADOLFO LOPEZ MONGE

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0101 Dirección Superior y Administración--SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHÍCULO PLACA N 2026 DEL HOSPITAL NACIONAL NUEVA CONCEPCIÓN.	-	-
		<b>REPUESTOS</b>		
1	Cada Uno	CORONA TRASERA.	\$1,150.00	\$1,150.00
1	Cada Uno	GALON DE ACEITE PARA CORONA MARCA: VALVOLINE 80W90.	\$36.00	\$36.00
3	Cada Uno	GALONES DE ACEITE MARCA: VALVOLINE 15W40.	\$30.00	\$90.00
1	Cada Uno	FILTRO DE ACEITE.	\$12.00	\$12.00
1	Cada Uno	FILTRO DE AIRE.	\$26.00	\$26.00
1	Cada Uno	FILTRO DIESEL.	\$18.00	\$18.00
1	Cada Uno	LIBRA DE GRASA.	\$10.00	\$10.00
		<b>MANO DE OBRA</b>		
1	Cada Uno	INSTALAR CORONA TRASERA.	\$260.00	\$260.00
1	Cada Uno	CAMBIO DE ACEITE.	\$12.00	\$12.00
1	Cada Uno	LIMPIEZA Y REGULACIÓN DE FRENOS.	\$22.00	\$22.00
1	Cada Uno	AFINADO DE MOTOR.	\$22.00	\$22.00
1	Cada Uno	REVISIÓN DE LUCES.	\$12.00	\$12.00
1	Cada Uno	ENGRASE DE SUSPENSIÓN Y REVISIÓN DE NIVELES.	\$22.00	\$22.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	<b>\$1,692.00</b>

SON: mil secientos noventa y dos 00/100 dólares

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL NUEVA CONCEPCIÓN.

 Titular o Designado	
	
_____ Suministrante	