

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)

“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

17

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 21 de Junio del 2016

No.Orden:109/2016

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

LABORATORIO DB, S.A. DE C.V.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE SOLUCION DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA	-	-
230	Litro	CLORHEXIDINA DB 4% (GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4%); TAPA FLEE TOP; MARCA: DB; ORIGEN: EL SALVADOR; NO DE REGISTRO: 19835; VENTTO: NO MENOR DE 24 MESES.	\$10.50	\$2,415.00
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 100% 15 DIAS CALENDARIOS DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$2,415.00

SON: dos mil cuatrocientos quince 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: 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 12:30 MD, Y DE 1:30 PM A 3:30 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



LABORATORIO DB S.A. de C.V.

Suministrante

Elaborado por:pvides

UACI-HNSB *via correo*

FECHA ENVIO FAX: 24 JUN 2016 *UACI*

PERS CONF FAX: Gloria de Ulbes

Nº DE HOJAS ENVIADAS: 7

HORA DE CONFIRMA: 11:15 am

ACTUALIZADA