


•
•

•
•

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 16 de Noviembre del 2016	No.Orden:209/2016
----------------	---	-------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
DIAGNOSAL, S.A. DE C.V.	[REDACTED]


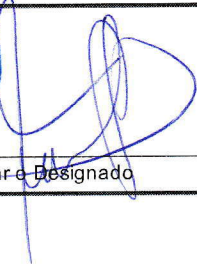
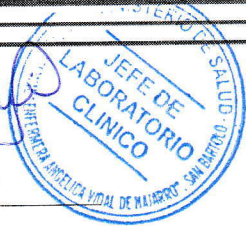
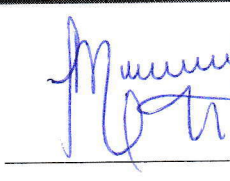


CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE REACTIVOS	-	-
80	Cada Uno	TUBO CAPILAR SIN HEPARINA DE 75 MM, VIAL X 100 MARCA; MARIENFELD, ORIGEN: ALEMANIA; FRASCO VIAL	\$3.38	\$270.40
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 2-5 DÍAS CALENDARIOS.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$270.40

SON: **doscientos setenta 40/100 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 LICDA. ISABEL MENDEZ; TEL. 2201-3159 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 O NOTA DEL BANCO O ENTIDAD FINANCIERA QUE DETALLE EL NÚMERO DE CUENTA.

  Titular Designado	 
  Suministrante	

Elaborado por: pvides

UACI-HNSB

FECHA ENVIO FAX: 17 NOV 2016

PERO CONF FAX: Aneely Diaz

NO DE HOJAS ENVIADAS: 1

HORA DE ENTREGA: 12:23pm

ACTUALIZADA
UACI