



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	20
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 03 de Marzo del 2017	No.Orden:006/2017
----------------	---	-------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
COMERCIAL DE PLASTICOS, S.A. DE C.V.	


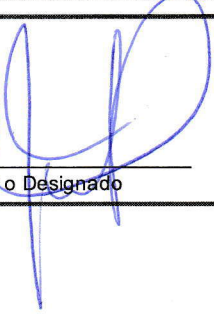


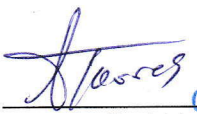

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-SUMINISTRO DE TELA COLOR BLANCO BONEL PARA GABACHA DE PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DEL HOSPITAL Y CAE APOPA AÑO 2017	-	-
438	Yarda	TELA BONEL ANCHO 58" MARCA: COPLASA, ORIGEN: EXTRANJERO;	\$2.85	\$1,248.30
0	Cada Uno	TIEMPO DE ENTREGA: 8 DÍAS CALENDARIOS ; LA ENTREGA SE REALIZARA : CORTES ROTULADOS CON EL NUMERO DE YARDAJE Y EMBOLSADOS INDIVIDUALMENTE.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$1,248.30

SON: mil doscientos cuarenta y ocho 30/100 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. MARGARITA DIAZ.; TEL. 2201-3173, 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

UACI-HNSB
FECHA ENVIO FAX: <u>03 MAR 2017</u>
PERIS CONF. FAX: <u>Cristian Torres</u>
Nº DE HOJAS ENVIADAS: <u>1</u>
HORA DE COMPLETA: <u>3:30 pm</u>

ACTUALIZADA
UACI