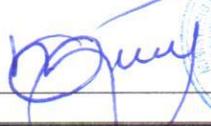


		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera, Morazán		UNIDAD DE ADQUISICIONES		
UACI del Hospital de Gotera		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
		PREVISION NO:		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:		Morazán 07 de Octubre del 2013		
		No.Orden:098/2013		
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE			NIT	
SALGADO VDA. DE AYALA, EVANGELINA			12172312450017	
CANTIDAD	UNIDAD DE	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
	MEDIDA		UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--CAJAS PLÁSTICA ROJAS, SOLICITA: ADMINISTRACIÓN, SOLICITUD DE COMPRA: 123. (FONDOS: GOES)	-	-
20	Cada Uno	30503162 CAJA PLASTICA DE COLOR ROJO CON TAPADERA DIMENSIONES: (30 x 40 x 60) CENTIMETROS PARA EMBALAJE DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS. IDENTIFICADAS CON 3 LOGOS DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS	\$27.00	\$540.00
-	-	TOTAL.....	-	\$540.00
SON: quinientos cuarenta 00/100 dolares				
OBSERVACION: PRESENTAR FACTURA DUPLICADO CLIENTE Y 5 COPIAS A NOMBRE DE HOSPITAL NACIONAL "DR. HÉCTOR ANTONIO HERNÁNDEZ FLORES" DE SAN FRANCISCO GOTERA (CON LA RETENCIÓN DEL 1% DE IVA) NOTA CON LOS DATOS SIGUIENTES: NÚMERO, TIPO Y NOMBRE DE LA CUENTA DEL BANCO AGRÍCOLA, PARA REALIZARLES EL PAGO, EN LA FACTURA DEBERÁN DETALLAR: CÓDIGO DEL PRODUCTO (SEGÚN ORDEN) N° DE ORDEN DE COMPRA, FONDOS Y N° DE COMPROMISO PRESUPUESTARIO.				
LUGAR DE ENTREGA:ALMACÉN DEL HOSPITAL NACIONAL DR. HÉCTOR ANTONIO HERNÁNDEZ FLORES DE SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN, UBICADO EN FINAL AV. THOMPSON NORTE, BARRIO LA CRUZ, DE 8:00 AM A 12:00 MD Y DE 1:10 PM A 2:00 PM, PREVIA PROGRAMACIÓN DE ENTREGA AL 2645-7122, TIEMPO DE ENTREGA: 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA, CRÉDITO POR 60 DÍAS. TRAER NOTA DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO A CUENTA EN ORIGINAL AL MOMENTO DE LA ENTREGA.				
LUGAR DE NOTIFICACIONES:CONSULTAS SOBRE PAGOS CON LA UNIDAD FINANCIERA PUEDE REALIZARLOS AL: 2645-7104. CONSULTAS CON LA UACI: 2645-7129. INFORMACIÓN DE CONTACTO CON PROVEEDOR: TEL:2605-4119, ATENDIDOS POR: INA LOURDE AYALA SALGADO				
 Titular o Designado				
 Suministrante				

ESTE DOCUMENTO FUE DISTRIBUIDO
 EL DÍA 08 OCT 2013
 F.

Elaborado por: djperez

IMPORTANTE

ESTIMADO PROVEEDOR:

AL MOMENTO DE RECIBIR SU **ORDEN DE COMPRA**, POR FAVOR REVISAR, **FIRMAR Y SELLAR**, Y MANDARLO DE REGRESO A LA **UACI**, EN LA BREVEDAD POSIBLE, SI PUEDE **INMEDIATAMENTE** PARA GENERAR SU NÚMERO DE COMPROMISO PRESUPUESTARIO, DESPUÉS DE ENVIAR LA ORDEN FIRMADA Y SELLADA, PARA CONOCER EL **NÚMERO DE COMPROMISO** COMUNÍQUESE A LA UNIDAD FINANCIERA AL: **2645-7104**, CON LA SRA. CELINA LÓPEZ. ANEXAR EN UNA NOTA DIRIGIDA AL HOSPITAL, QUE **AUTORIZA A TESORERÍA** A HACER PAGO POR DEPÓSITO A CUENTA, PRESENTANDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: **NOMBRE, TIPO Y N° DE CUENTA EN EL BANCO AGRÍCOLA**, CON SU **FIRMA Y SELLO**, (SI YA PRESENTÓ NOTA DE AUTORIZACIÓN EN ESTE AÑO 2013, HACER CASO OMISO A ESTA ESPECIFICACIÓN) PARA ENTREGA POR FAVOR HACER CITA EN ALMACÉN AL: **2645-7122**. AL MOMENTO DE LA ENTREGA, TRAER NOTA EN ORIGINAL Y PRESENTARLO EN LA UNIDAD FINANCIERA. FECHA DE CORTE DEL MES: 23/10/2013

TELEFAX UACI: 2645-7129

CORREO: dsalamanca@salud.gob.sv



ATT. MILAGRO DE MEJÍA
JEFE UACI