



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SANTA GERTRUDIS"
SAN VICENTE




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 | |
| Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente | UNIDAD DE ADQUISICIONES | PREVISIÓN NO: |
| UACI del Hospital de San Vicente | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL | |
| | - | |

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

| | | |
|----------------|---|--------------------|
| Lugar y Fecha: | San Vicente 07 de Febrero del 2018 | No.Orden: 009/2018 |
|----------------|---|--------------------|

| | |
|---|------------|
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | NIT |
| UNIGAS DE EL SALVADOR, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE | |

| CANTIDAD | UNIDAD DE | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
|----------|-----------|--|----------|------------|
| | MEDIDA | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--FONDOS GOES | - | - |
| 3300 | Galón | R-1; 70305951; GAS PROPANO A GRANEL, CON SERVICIOS DE CAMION TANQUE A DOMICILIO. (LAS ENTREGAS SE REQUIEREN MENSUALMENTE O SEGÚN NESECIDAD DEL HOSPITAL EVENTUALMENTE). <u>SE SOLICITA:</u> A la Empresa que se le Adjudique deberá proporcionar en Comodato, UN TANQUE DE ALMACENAJE, con capacidad para 500 galones. Además deberán darle Mantenimiento Preventivo y Correctivo, durante el Tiempo que dure el Contrato, por lo consiguiente deberán ser Responsables al momento de hacer las entregas del Producto, al siguiente día deberán Presentar el Proceso de Facturación Correspondiente. <u>OFERTARON:</u> GAS PROPANO A GRANEL, CON SERVICIO DE CAMION TANQUE A DOMICILIO. Incluye: a) Se entregará en comodato, Tanque con capacidad de 500 galones; b) El precio varía semanalmente de acuerdo a las variaciones del mercado Internacional; MARCA: UNIGAS; ORIGEN: HOUSTON; PLAZO DE ENTREGA: Según necesidad del Hospital, las Entregas serán únicamente los días Martes, hacer los pedidos con un día de anticipación. | \$2.49 | \$8,217.00 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$8,217.00 |

SON: ocho mil doscientos diecisiete 00/100 dolares

OBSERVACION: SEGÚN SOLICITUD DE COMPRA CON FECHA 01/01/2018; SERVICIO SOLICITADO POR EL DEPARTAMENTO DE ALIMENTACION Y DIETAS, EL HOSPITAL DELEGA A LA SEÑORA **ANA CRISTINA DELGADO DE HENRIQUEZ, AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, COMO ADMINISTRADOR DE LA COMPRA Y SERA EL RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA. ASI MISMO SERAN EL ENLACE ENTRE EL CONTRATISTA Y EL CONTRATANTE. ORDEN DE COMPRA REALIZADA SEGÚN **PROCESO DE COMPRA No. 022/2018 - SERVICIO DE GAS PROPANO A GRANEL Y EN TAMBOS DE 100 lbs.**; Y POR OTIVO DE CIERRE CONTABLE, NO SE RECIBIRAN SUMINISTROS Y NO SE DARA TRAMITE A FACTURAS Y DOCUMENTOS DE PAGO, EN LOS ULTIMOS 3 DIAS DE CADA MES; ADEMAS LA ENTREGA COMPRENDE, ENTREGAR ACTA Y FACTURA A LA UNIDAD FINANCIERA, PARA COMPLETAR EL PROCESO, CASO CONTRARIO SE TENDRÁ POR NO ENTREGADO EL SERVICIO O PRODUCTO QUE SE TRADUCIRA EN INCUMPLIMIENTO DE ENTREGA.



LUGAR DE ENTREGA: EN EL ALMACEN GENERAL DEL HOSPITAL, UBICADO ENTRE LA 4ta. Y 8va. CALLE ORIENTE Y 2da. AVENIDA SUR No. 23, DEL BARRIO SAN FRANCISCO, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE; EN HORARIO DESDE LAS 08:00 HORAS HASTA LAS 12:00 HORAS Y DESDE LAS 13:00 HORAS HASTA LAS 14:30 HORAS; CABE MENCIONAR QUE NUESTRA INSTITUCION ES AGENTE DE RETENCION DEL 1%.

LUGAR DE NOTIFICACIONES: EL HOSPITAL ENTRE LA _____ Y _____ No. _____, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE _____, TELE/FAX: _____; Y **UNIGAS DE EL SALVADOR, S. A. de C. V.**, EN _____, ENTRE _____ Y _____, DE LA CIUDAD DE _____ Y DEPARTAMENTO DE _____; TEL. (_____) _____, FAX (_____) _____; **Persona de** _____

Contacto: SRA. TATIANA GAVIDIA

| | |
|---|-----------------------------------|
| <p>_____</p> <p>Titular o Designado</p> | <p>_____</p> |
| <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>Suministrante</p> |

Elaborado por: rcornejo

|  | | GOBIERNO DE EL SALVADOR | | |
|---|------------------|---|-----------------|-----------------|
| Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente | | UNIDAD DE ADQUISICIONES | | PREVISIÓN NO: |
| UACI del Hospital de San Vicente | | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL | | |
| ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS | | | | |
| Lugar y Fecha: | | San Vicente 07 de Febrero del 2018 | | No.Orden:9/2018 |
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | | | | |
| UNIGAS DE EL SALVADOR, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE | | | | |
| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--FONDOS GOES | - | - |
| 3300 | Galón | R-1: 70305951: GAS PROPANO A GRANEL, CON SERVICIOS DE CAMION TANQUE A DOMICILIO. (LAS ENTREGAS SE REQUIEREN MENSUALMENTE O SEGUN NESECIDAD DEL HOSPITAL EVENTUALMENTE). SE SOLICITA: A la Empresa que se le Adjudique deberá proporcionar en Comodato, UN TANQUE DE ALMACENAJE, con capacidad para 500 galones. Además deberán darle Mantenimiento Preventivo y Correctivo, durante el Tiempo que dure el Contrato, por lo consiguiente deberán ser Responsables al momento de hacer las entregas del Producto, al siguiente día deberán Presentar el Proceso de Facturación Correspondiente. OFERTARON: GAS PROPANO A GRANEL, CON SERVICIO DE CAMION TANQUE A DOMICILIO. Incluye: a) Se entregará en comodato, Tanque con capacidad de 500 galones; b) El precio varía semanalmente de acuerdo a las variaciones del mercado Internacional; MARCA: UNIGAS; ORIGEN: HOUSTON; PLAZO DE ENTREGA: Según necesidad del Hospital, las Entregas serán únicamente los días Martes, hacer los pedidos con un día de anticipación. | \$2.49 | \$8,217.00 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$8,217.00 |
| SON: ocho mil doscientos diecisiete 00/100 dolares | | | | |
| LUGAR DE ENTREGA: EN EL ALMACEN GENERAL DEL HOSPITAL, UBICADO ENTRE LA 4ta. Y 8va. CALLE ORIENTE Y 2da. AVENIDA SUR No. 23, DEL BARRIO SAN FRANCISCO, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE; EN HORARIO DESDE LAS 08:00 HORAS HASTA LAS 12:00 HORAS Y DESDE LAS 13:00 HORAS HASTA LAS 14:30 HORAS; CABE MENCIONAR QUE NUESTRA INSTITUCION ES AGENTE DE RETENCION DEL 1%. | | | | |
|  Titular o Designado | | | | |
| | | Suministrante | | |

Elaborado por: rcornejo