



MINISTERIO
DE SALUD




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”

HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, SAN VICENTE

	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 22 de Noviembre del 2019	No.Orden:150/2019
----------------	---	--------------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
D P G, S. A. DE C. V.	

CANTIDAD	UNIDAD DE	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
	MEDIDA		UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0101 Dirección Superior y Administración-- FONDOS PROPIOS	-	-
500	Cada Uno	Ren glón No.2- 80101045 PAPEL BOND B-20, BLANCO, TAMAÑO CARTA. OFRECEN: 80101045 PAPEL BOND B-20 BLANCO TAMAÑO CARTA, UNIDAD DE MEDIDA: RESMA, PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYE IVA. MARCA: HAMMERMILL, ORIGEN: NO ESPECÍFICA. VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO) 30 días calendario FORMA DE PAGO: Crédito a 60 días. PLAZO DE ENTREGA: de 5 a 7 días hábiles después de recibir la orden de compra. GARANTIA: por defectos de fabricación, no por mal uso o almacenamiento.	\$ 3.04	\$ 1,520.00
100	Cada Uno	Ren glón No.6- 80103005 CORRECTOR LIQUIDO EN FORMA DE LAPIZ, FRECEN: 80103005 CORRECTOR LIQUIDO EN FORMA DE LAPIZ, PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYEN IVA. MARCA: STUDMARK, ORIGEN: NO ESPECÍFICA. VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO) 30 días calendario FORMA DE PAGO: Crédito a 60 días. PLAZO DE ENTREGA: de 5 a 7 días hábiles después de recibir la orden de compra. GARANTIA: por defectos de fabricación, no por mal uso o almacenamiento.	\$ 0.30	\$ 30.00
72	Cada Uno	Ren glón No.8- 80102070 PLUMON FLUORESCENTE, COLOR AMARILLO, UNIDAD. OFRECEN: 80102070 PLUMON FLUORECENTE, COLOR AMARILLO UNIDAD, PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYE IVA. MARCA: STUDMARK, ORIGEN: NO ESPECIFICA, VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO) 30 días calendario FORMA DE PAGO: Crédito a 60 días. PLAZO DE ENTREGA: de 5 a 7 días hábiles después de recibir la orden de compra. GARANTIA: por defectos de fabricación, no por mal uso o almacenamiento.	\$ 0.30	\$ 21.60

72	Cada Uno	Renclón No.9- 80102080 PLUMON FLUORESCENTE, COLOR VERDE, UNIDAD, OFRECEN: 80102080 PLUMON FLUORECENTE, COLOR VERDE UNIDAD, PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYE IVA, MARCA: STUDMARK, ORIGEN: NO ESPECIFICA, VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO) 30 días calendario FORMA DE PAGO: Crédito a 60 días. PLAZO DE ENTREGA: de 5 a 7 días hábiles después de recibir la orden de compra. GARANTIA: por defectos de fabricación, no por mal uso o almacenamiento.	\$ 0.30	\$ 21.60
-	-	TOTAL.....	-	\$ 1,593.20




SON: mil quinientos noventa y tres 20/100 dolares

OBSERVACION:
 SEGÚN SOLICITUD DE COMPRA RECIBIDA EN FECHA 15/10/2019; SOLICITADO POR EL _____ DE LA _____ (_____), EL _____ DELEGA AL _____, COMO ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA Y SERA EL RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA. ASI MISMO SERA EL ENLACE ENTRE EL CONTRATISTA Y EL CONTRATANTE. ORDEN DE COMPRA REALIZADA SEGÚN PROCESO DE COMPRA **No. 108/2019,** **FONDOS PROPIOS.** Y POR MOTIVO DE CIERRECONTABLE, 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 _____, 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 _____ GENERAL DEL _____, UBICADO ENTRE LA _____ Y _____ CALLE _____ Y _____ AVENIDA SUR _____, DEL _____ SAN _____, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE _____; 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 _____ ENTRE LA _____ Y _____ CALLE ORIENTE Y _____ SUR NO. XX, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE _____, TELE/FAX: _____, _____; y _____, _____ DE _____ AV. _____ # _____, ENTRE _____ Y _____, _____, _____ TELÉFONO: _____ (503) FAX: _____ (_____)
 E-MAIL: _____ @ _____.

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante

		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 22 de Noviembre del 2019		No.Orden:150/2019
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
D P G, S. A. DE C. V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0101 Dirección Superior y Administración-- FONDOS PROPIOS	-	-
500	Cada Uno	Renglon No.2- 80101045 PAPEL BOND B-20, BLANCO, TAMAÑO CARTA, OFRECEN: 80101045 PAPEL BOND B-20 BLANCO TAMAÑO CARTA, UNIDAD DE MEDIDA: RESMA ,PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYE IVA, MARCA: HAMMERMILL,ORIGEN:NO ESPECIFICA	\$3.04	\$1,520.00
100	Cada Uno	Renglon No.6- 80103005 CORRECTOR LIQUIDO EN FORMA DE LAPIZ,FRECEN: 80103005 CORRECTOR LIQUIDO EN FORMA DE LAPIZ ,PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYEN IVA, MARCA:STUDMARK, ORIGEN:NO ESPECIFICA	\$0.30	\$30.00
72	Cada Uno	Renglon No.8- 80102070 PLUMON FLUORESCENTE, COLOR AMARILLO,UNIDAD.OFRECEN:80102070 PLUMON FLUORESCENTE,COLOR AMARILLO UNIDAD,PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYE IVA,MARCA:STUDMARK,ORIGEN:NO ESPECIFICA	\$0.30	\$21.60
72	Cada Uno	Renglon No.9- 80102080 PLUMON FLUORESCENTE, COLOR VERDE, UNIDAD OFRECEN: 80102080 PLUMON FLUORESCENTE,COLOR VERDE UNIDAD, PRECIO UNITARIO EN DOLARES INCLUYE IVA,MARCA:STUDMARK,ORIGEN:NO ESPECIFICA	\$0.30	\$21.60
-	-	TOTAL.....	-	\$1,593.20
SON: mil quinientos noventa y tres 20/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:EL HOSPITAL ENTRE LA 4TA. Y 8VA. CALLE ORIENTE Y 2DA. AVENIDA SUR NO. 23, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, TELE/FAX: 2393-9510, 2393-9598				
 Titular o Designado		 Suministrante		

Elaborado por:FSALINAS

