



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		
			PREVISION NO:

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	San Vicente 23 de Septiembre del 2020	No.Orden:094/2020
----------------	--	--------------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
DROGUERIA UNIVERSAL S. A. DE C. V.	

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0203 Desarrollo Infantil Temprano-- FONDOS GOES	-	-
2	Cada Uno	Renglón No.5- 19816295 PLACA COMPRESIVA DELGADA 10 ORIFICIOS ESPECIFICACIONES ADJUNTAS: PLACA DCP DE 4.5MM RECTA, ANGOSTA 10 ORIFICIOS. OFRECEMOS: 19816295 PLACA COMPRESIVA DELGADA 10 ORIFICIOS, ESPECIFICACIONES ADJUNTA: PLACA DCP DE 4.5 MM RECTA, ANGOSTA DE 10 ORIFICIOS. FECHA DE VENCIMIENTO: NO APLICA, CATEGORIA DE LA EMPRESA: GRANDE, PRECIO TOTAL CON IVA INCLUIDO. MÁS INFORMACION EN OFERTA. VER MUESTRAS. MARCA: NARANG, ORIGEN: INDIA, FECHA DE VENCIMIENTO: NO APLICA, VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO): OFERTA VALIDA POR 60 DIAS CALENDARIOS. FORMA DE PAGO: CREDITO 60 DIAS, PLAZO DE ENTREGA: 3 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE FIRMADA Y RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.	\$ 90.00	\$ 180.00
-	-	TOTAL.....	-	\$ 180.00

SON: ciento ochenta 00/100 dolares




OBSERVACION: SEGÚN _____ DE COMPRA RECIBIDA EN FECHA _____ ; SOLICITADO POR EL _____, EL _____ DELEGA AL _____ COMO _____ DE LA 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.100/2020**, _____, **FONDOS GOES**. 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; ADEMÁS 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 _____ Y _____. No. _____, DEL _____, DE LA
 CIUDAD Y _____ DE _____; EN HORARIO DE 08:00 a.m. A 12:00 md. Y DE
 01:00 p.m. A 02:30 p.m.; CABE MENCIONAR QUE NUESTRA _____ ES AGENTE DE
 RETENCION DEL 1%.

LUGAR DE NOTIFICACIONES: EL _____ Y _____. Y _____ SUR No. _____, DE LA
 Y _____ DE _____, TELEFONO: _____ S. A. DE C. V. #
 _____, _____ . PBX:() - FAX:() - E-mail: _____ @d _____.

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante

Elaborado por: FESALINAS

		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:
UACI del Hospital de San Vicente		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:	San Vicente 23 de Septiembre del 2020		No.Orden:94/2020	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
DROGUERIA UNIVERSAL S. A. DE C. V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0203 Desarrollo Infantil Temprano-- FONDOS GOES	-	-
2	Cada Uno	Renglon No.5- 19816295 PLACA COMPRESIVA DELGADA 10 ORIFICIOS ESPECIFICACIONES ADJUNTAS: PLACA DCP DE 4.5MM RECTA, ANGOSTA 10 ORIFICIOS. OFRECEMOS: 19816295 PLACA COMPRESIVA DELGADA 10 ORIFICIOS, ESPECIFICACIONES ADJUNTA: PLACA DCP DE 4.5 MM RECTA, ANGOSTA DE 10 ORIFICIOS. FECHA DE VENCIMIENTO: NO APLICA, CATEGORIA DE LA EMPRESA: GRANDE, PRECIO TOTAL CON IVA INCLUIDO. MAS INFORMACION EN OFERTA. VER MUESTRAS.	\$90.00	\$180.00
-	-	TOTAL.....	-	\$180.00
SON: ciento ochenta 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:EN EL ALMACEN GENERAL DEL HOSPITAL				
 Titular o Designado		 _____		
_____ Suministrante		_____		

Elaborado por: FSALINAS

