

| | | |
|--|--------------------------------|------------------|
|  | GOBIERNO DE EL SALVADOR | |
| 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 14 de Marzo del 2016 | No.Orden:061/2016 |
|----------------|---|-------------------|

| | |
|---|------------|
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | NIT |
| MUNDO MEDICO QUIMICO, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE. | [REDACTED] |

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
|----------|------------------|--|----------|----------|
| | | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria-SUMINISTRO DE INSUMOS DE LIMPIEZA | - | - |
| 400 | Paquete | BOLSA PLÁSTICA COLOR NEGRO JARDINERA. PAQUETE DE 5 UNIDADES C/U; MARCA: PANDA PLASTIC NO IMPRESA/EL SALVADOR. | \$0.80 | \$320.00 |
| 50 | Galón | DESINFECTANTE, AROMATIZANTE Y BACTERIOLÓGICO, CONCENTRADO PARA DILUIR 5 GALONES, PRESENTACIÓN: CAJA DE 4 GALONES; MARCA: OLOROSO/ EL SALVADOR. | \$2.26 | \$113.00 |
| 0 | Cada Uno | TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA | \$0.00 | \$0.00 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$433.00 |

SON: cuatrocientos treinta y tres 00/100 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. VILMA RODRIGUEZ; TEL. 2201-3103 --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 12:30 MD, Y DE 1:30 PM A 3:30 PM

LUGAR DE NOTIFICACIONES:DEBERÁ PRESENTAR EN LA UACI DEL HOSPITAL DECLARACIÓN JURADA. ADJUNTAR A DECLARACIÓN JURADA: COPIA DE TARJETA DE CUENTA BANCARIA Ó NOTA DEL BANCO Ó ENTIDAD FINANCIERA QUE DETALLE EL NÚMERO DE CUENTA.

| | | |
|--|--|---|
|  Titular Designado |  [Signature] |  Suministrante |
|--|--|---|

FECHA INICIO: 15 MAR 2016

PREP CONFIRMA: [Signature]

ELABORADO POR: [Signature]

EL HORARIO DE: 8:30am

UACI