



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 ello 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) Puede ser requerida por el usuario a través de la Oficina de Información y Respuesta del Ministerio de Salud sobre la Calle Arce N.o 827 San Salvador en horario de 8:30 am a 4:30 pm ó en el siguiente correo electrónico oir.salud.gob.sv

		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISIÓN NO:202
UACI del Hospital de Ciudad Barrios		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:	San Miguel 05 de Marzo del 2018		No.Orden:20/2018	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
FALMAR, S. A. DE C. V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--ADQUISICIÓN DE INSUMOS MÉDICOS	-	-
10	Cada Uno	RENLÓN:129 CÓDIGO:11800005 PERÓXIDO DE HIDRÓGENO, 10 VOLÚMENES, LITRO	\$15.00	\$150.00
0	Cada Uno	MARCA:FALMAR. VENCIMIENTO DEL PRODUCTO:NO MENOR A 18 MESES DESPUÉS DE RECIBIDO EN BODEGAS DEL HOSPITAL. GARANTÍA:NO MENOR A 18 MESES DESPUÉS DE RECIBIDO EN BODEGAS DEL HOSPITAL.	\$0.00	\$0.00
400	Cada Uno	RENLÓN:130 CÓDIGO:11800010 ALCOHOL ETÍLICO DESNATURALIZADO 90-95 GRADOS, ENVASE DE UN LITRO	\$3.60	\$1,440.00
0	Cada Uno	MARCA:FALMAR. VENCIMIENTO DEL PRODUCTO:NO MENOR A 18 MESES DESPUÉS DE RECIBIDO EN BODEGAS DEL HOSPITAL. GARANTÍA:NO MENOR A 18 MESES DESPUÉS DE RECIBIDO EN BODEGAS DEL HOSPITAL.	\$0.00	\$0.00
8	Cada Uno	RENLÓN:132 CÓDIGO:11800060 JABÓN DE GLUCONATO DE CLOHEXIDINA AL 4%, SIN DISPENSADOR, ENVASE DE 5 LITROS	\$40.00	\$320.00
0	Cada Uno	MARCA:FALMAR. VENCIMIENTO DEL PRODUCTO:NO MENOR A 18 MESES DESPUÉS DE RECIBIDO EN BODEGAS DEL HOSPITAL. GARANTÍA:NO MENOR A 18 MESES DESPUÉS DE RECIBIDO EN BODEGAS DEL HOSPITAL.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$1,910.00
SON: mil novecientos diez 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:ALMACÉN HOSPITAL NACIONAL CIUDAD BARRIOS				
_____ Titular o Designado		_____		

--	--

Elaborado por:wargueta