


Imprimir
Imprimir para LAIP

| | | |
|--|--------------------------------|------------------|
|  | GOBIERNO DE EL SALVADOR | |
| Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel | UNIDAD DE ADQUISICIONES | PREVISION 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 Septiembre del 2014 | No.Orden:116/2014 |
|----------------|---|-------------------|

| | |
|---|----------------|
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | NIT |
| MUNDO MEDICO QUIMICO, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE. | 06141605121041 |

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
|------------|------------------|---|----------|----------|
| | | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE INSUMOS MÉDICOS. | - | - |
| 90 | Cada Uno | CODIGO. 11800065. JABON LIQUIDO ANTISEPTICO, BASE YODO, (0.8 - 1)% YODO LIBRE, LITRO OFRECE: JABON LIQUIDO ANTISEPTICO, BASE YODO (08-1% YODO LIBRE), LITRO. VENCIMIENTO: 2 AÑOS COMO MINIMO MARCA: YODO BAC ORIGEN: NACIONAL | \$5.50 | \$495.00 |
| 90 | Cada Uno | CODIGO. 10600250 INFUSOR INTRAVENOSO CON BURETA GRADUADA 100-150 ML Y MICROGOTERO (60 GOTAS/ML), EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL DESCARTABLE, OFRECE: INFUSOR INTRAVENOSO CON BURETA 100-150 ML Y MICROGOTERO (60 GOTAS/ML), EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL DESCARTABLE, VENCIMIENTO: 2 AÑOS COMO MINIMO. MARCA: SENDIMEDICAL ORIGEN; CHINA (NO IMPRESO) | \$0.85 | \$76.50 |
| 250 | Cada Uno | CODIGO. 10600045 BOLSA URINARIA GRADUADA CAPACIDAD (1-2) L, VALVULA DE VACIADO, FIJA, DE LATEX, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL DESCARTABLE, OFRECE: BOLSA URINARIA GRADUADA CAPACIDAD (1-2) L, VALVULA DE VACIADO, FIJA DE LATEX, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL DESC, VENCIMIENTO: 2 AÑOS COMO MINIMO, MARCA: SENSIMEDICAL ORIGEN: CHINA (NO IMPRESO) | \$0.38 | \$95.00 |
| 50 | Cada Uno | CODIGO. 10705065. VENDA ELASTICA 4" x 5 YARDAS, EMPAQUE INDIVIDUAL, ROLLO, OFRECE: VENDAS ELASTICAS 4" X 5 YARDAS, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, VENCIMIENTO: 2 AÑOS COMO MINIMO. MARCA: S/M ORIGEN; S/O | \$0.89 | \$44.50 |
| 50 | Cada Uno | CODIGO. 11800075 JABON LIQUIDO, GALON, OFRECEN: JABON LIQUIDO PARA MANOS, GALON, VENCIMIENTO: 2 AÑOS COMO MINIMO MARCA; NEW SOAP ORIGEN: NACIONAL | \$3.00 | \$150.00 |
| TOTAL..... | | | - | \$861.00 |

SON: ochocientos sesenta y un 00/100 dolares

OBSERVACION: LIBRE GESTIÓN # 0069/2014. TIEMPO DE ENTREGA DEL PRODUCTO ES 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE HABER RECIBIDO LA ORDEN DE COMPRAS. LA ADMINISTRADORA DE ESTA ORDEN DE COMPRAS ES LICDA. ANA ELIZABETH ALVAREZ DE PORTILLO.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL "MONS. OSCAR ARNULFO ROMERO Y GALDAMEZI" DE CIUDAD BARRIOS.



**HOSPITAL NACIONAL DE CIUDAD BARRIOS, MONS" OSCAR ARNULFO ROMERO Y GALDAMEZ.
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.**

PARA HACER SU ENTREGA EN EL ALMACEN DEL HOSPITAL DEBE TOMAR EN CUENTA LO SIGUIENTE.

- FACTURAR A NOMBRE DE TESORERIA HOSPITAL NACIONAL DE CIUDAD BARRIOS CON NIT:1202-100696-101-3.
- DESGLOZAR EL 1% CORRESPONDIENTE AL IVA.
- HACER SU RESPECTIVA CITA PARA LA ENTREGA AL ALMACEN DE LUNES A VIERNES CON HORARIOS DE :7.30AM A 12:30 PM Y DE 1:10PM A 3:30PM.
Tel. 2684-1500 Ext 116.



- NO SE RECIBIRAN PRODUCTOS EN DEPOSITOS
- TRAER 8 COPIAS DE FACTURAS Y COTIZACION ORIGINAL FIRMADA Y SELLADA.
- EL DIA QUE QUE HAGA LA ENTREGA PASAR AL AREA DE UACI A ENTREGAR COTIZACION ORIGINAL Y A FIRMAR Y SELLAR ORDEN DE COMPRAS.
- EN LA FACTURA LA DESCRIPCION DEL PRODCUTO DEBERA SER IGUAL QUE LA ORDEN DE COMPRAS DEBE INCLUIR EL CODIGO QUE SE DESCRIBE EN DICHA ORDEN.
- DE NO SER ENTREGADO EL PRODUCTO EN LA FECHA QUE ESPECIFICA EN LA COTIZACION SE APLICARA LA MULTA SEGUN LA NUEVA REFORMA A LA LACAP EN EL ART.85.
- TRAER SELLO DE LA EMPRESA.
- SI NO TRAE COMPLETOS LOS PRODUCTOS NO SE ELABORARA LA ACTA DE RECEPCION.
- LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS EN EL ALMACEN ES ES DE 7:30 A.M. A 12:30M Y DE 1:10 P.M. A 2:00 P.M. DE LUNES A VIERNES PREVIA CITA.

AL NO CUMPLIR CON LAS CONDICIONES ANTES DESCRITAS NO SE RECIBIRAN LOS PRODUCTOS Y NO SERA RESPONSABILIDAD DEL ALMACEN Y LA UACI.

Nombre de quien recibe fax en la empresa _____

Firma _____ Sello _____ Fecha _____

Cualquier consulta al Tel. 2684-1500 Ext: 107.

| | |
|--|--|
| LUGAR DE NOTIFICACIONES: N/A | |
|  Titular o Designado |  Suministrante |

Elaborado por: ymlopez