




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 Diciembre del 2017		No.Orden:173/2017	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
DISTRIBUIDORA MARANATHA, S.A. DE C.V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--REACTIVOS	-	-
4	Cada Uno	RENGLON: 6 CODIGO: 30106040 DETERMINACION DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL, SET DE 50 PRUEBAS.	\$22.60	\$90.40
0	Cada Uno	OFRECEN: DETERMINIACION DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL, SET DE 50 PRUEBAS. MARCA: DELTALAB ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO	\$0.00	\$0.00
1410	Cada Uno	RENGLON: 19 CODIGO: 30503288 FRASCO DE POLIETILENO FORMA DE TARRO, TRANSPARENTE, BOCA ANCHA, CON TAPADERA DE ROSCA, BASE 70 MILILITROS, ALTO 60 MILILITROS, CAPACIDAD, (30-50) MILILITROS.	\$0.12	\$169.20
0	Cada Uno	OFRECEN: FRASCO DE POLIETILENO FORMA DE TARRO, TRANSPARENTE BOCA ANCHA CON TAPADERA DE ROSCAL, BASE DE 70 MILILITROS, ALTO 60 MILITROS, CAPACIDAD DE (30-50) MILITROS. MARCA: ZHEJIANG Y GONDONG Y/O DELTALAB. EN CAJA PRIMARIA ORIGEN: CHINA Y / O ESPAÑA VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$259.60
SON: doscientos cincuenta y nueve 60/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN HOSPITAL NACIONAL CIUDAD BARRIOS				
_____ Titular o Designado		_____		
_____		_____ Suministrante		

Elaborado por:lgonzal