

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>	
Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel		UNIDAD DE ADQUISICIONES	
UACI del Hospital de Ciudad Barrios		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	
		PREVISION NO:202	

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Lugar y Fecha:	<b>San Miguel 09 de Marzo del 2015</b>	No.Orden:33/2015
----------------	--	------------------

<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>	<b>NIT</b>
---------------------------------------	------------

EQUIPO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	06142711141066
--	----------------

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE INSUMOS MEDICOS Y RAYOS X	-	-
3	Cada Uno	CODIGO:10605410 CATETER TORACICO RECTO 16 Fr, CON TROCAR, CON AGUJERO CENTINELA Y LINEA RADIOPACA, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DESCARTABLE. OFRECEN: SE ANEXA HOJA DE COTIZACION CON DESCRIPCION DEL PRODUCTO.	\$9.50	\$28.50
3	Cada Uno	CODIGO:10605480 CATETER TORACICO RECTO No.20 Fr x (45 - 55)cm, CON LINEA RADIOPACA Y AGUJERO CENTINELA, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DESCARTABLE. OFRECEN: SE ANEXA HOJA DE COTIZACION CON DESCRIPCION DEL PRODUCTO.	\$9.50	\$28.50
400	Cada Uno	CODIGO: 11106063 SEDA NEGRA TRENZADA 2/0, CON AGUJA RECTA CORTANTE, (60-70) mm DE LONGITUD, (75-90)cm, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL. OFRECEN: SE ANEXA HOJA DE COTIZACION CON DESCRIPCION DEL PRODUCTO.	\$1.29	\$516.00
3	Cada Uno	CODIGO:11700025 GEL HIDROSOLUBLE PARA ULTRASONOGRAFIA, ENVASE DE 5 LITROS. OFRECEN: GEL HIDROSOLUBLE PARA ULTRASONOGRAFIA, ENVASE DE 5 LITROS VENCE: NO MENOR A DOS AÑOS MARCA: SONNE ORIGEN: EL SALVADOR	\$19.00	\$57.00
150	Cada Uno	CODIGO:11700045 JALEA LUBRICANTE TUBO O FRASCO DISPENSADOR 120-300 G. OFRECEN: JALEA LUBRICANTE TUBO O FRASCO DISPENSADOR 240 GM. MARCA: SONNE ORIGEN: EL SALVADOR	\$2.49	\$373.50
100	Cada Uno	CODIGO:20201070 LENTES DE PROTECCION PLASTICOS O ACRÍLICOS, SIN AUMENTO, CON PROTECCIÓN LATERAL. OFRECEN: LENTES DE PROTECCION PLASTICOS O ACRÍLICOS, SIN AUMENTO, CON PROTECCIÓN LATERAL, VENCE: N/A MARCA: SIN MARCA ORIGEN: TAIWAN	\$2.99	\$299.00
5	Cada Uno	CODIGO:11800005 PEROXIDO DE HIDROGENO, 10 VOLUMENES, LITRO. OFRECEN: PEROXIDO DE HIDROGENO, 10 VOLUMENES, LITRO VENCIMIENTO: NO TIENE MARCA: SIN MARCA ORIGEN: EL SALVADOR	\$4.19	\$20.95
20	Cada Uno	CODIGO: 30106754 TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA EN SANGRE, CAJA 50 TIRAS. OFRECEN: TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION DE GLUCOSA EN SANGRE, CAJA 50 TIRAS VENCE: NO MENOR A DOS AÑOS MARCA: TRUETEST ORIGEN: USA	\$29.95	\$599.00
<b>TOTAL.....</b>			-	<b>\$1,922.45</b>

SON: mil novecientos veintidos 45/100 dolares

OBSERVACION: EL ADMINISTRADOR/A DE ESTA ORDEN DE COMPRAS ES LA LICDA. ANA ELIZABETH ALVAREZ DE PORTILLO, O LA SRA. MARTA NELY ZULETA DE VASQUEZ. FORMA DE ENTREGA: DE 1 A 3 DIAS HABILES LUEGO DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. LUGAR DE ENTREGA: BODEGA DEL HOSPITAL LIBRE GESTION # 0019/2015

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE CIUDAD BARRIOS

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

 <p>Titular o Designado</p>	 <p>Suministrante</p>
--	---

Elaborado por:lgonzal



**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.

- **EL/LOS PRODUCTOS SERAN ENTREGADOS EN EL ALMACEN DEL HOSPITAL DE CIUDAD BARRIOS.**
- **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 2:00PM  
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.**

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.**