

|  | | GOBIERNO DE EL SALVADOR | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Hospital Nacional "Arturo Morales", Metapán, Santa Ana | | UNIDAD DE ADQUISICIONES | | PREVISION NO:202 |
| UACI del Hospital de Metapan | | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL | | |
| | | - | | |
| ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS | | | | |
| Lugar y Fecha: | Metapan 16 de Enero del 2013 | | No.Orden:11/2013 | |
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | | | | |
| CASTO OVIDIO RAMIREZ RIVERA | | | | |
| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
| | | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE INSUMOS ODONTOLOGICOS,PARA SER UTILIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE METAPAN | - | - |
| 5 | Cada Uno | 20201015 COD.ONU:4215000 ANESTESICO TOPICO PARA USO ODONTOLOGICO,FRASCO DE 1 ONZA M:GELATO O: USA V:DE ACUERDO A EXISTENCIAS GAR: NO APLICA | \$7.90 | \$39.50 |
| 50 | Cada Uno | 20203005 COD.ONU:4215000 FRESAS QUIRURGICAS FG DE ALTA VELOCIDAD No.702 M:HENRY SCHEIN O: VARIOS PAISES V: N/A GARANT.:N/A | \$2.50 | \$125.00 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$164.50 |
| SON: ciento sesenta y cuatro 50/100 dolares | | | | |
| LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE METAPAN,HACER CITA CON EL LIC.GOMEZ DE ALMACEN AL 2484-4414.TIEMPO DE ENTREGA SEGUN COTIZACION: 5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA,LA EMPRESA DEBE PRESENTAR CERTIFICADO DE CALIDAD DEL MINSAL Y EN CASO QUE NO LO PUEDA PRESENTAR SE RECIBIRA EL INSUMO CON CARTA DE RECOMENDACION O DE BUENA EXPERIENCIA DE USO EN ESTE HOSPITAL, O SI ES POSIBLE EL CERTIFICADO DE CALIDAD DE LA EMPRESA.HACER LA RETENCION DEL 1% SI APLICA,TRAER 4 COPIASDE FACTURA | | | | |
| _____ Titular o Designado | | _____ | | |
| _____ | | _____ Suministrante | | |

Elaborado por:marrue