HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

			BENJAMIN BLOOM					
нс	SPITAL	NACIONAL E	 DE NIÑOS "BENJAMIN I	RI OOM!! SA	NSA	LVADO	nD	
	JOITIAN		COMPRA DE BIENES Y			DIADO		
			DAD DE COMPRAS PUBI					
Lugar y San Salvador fecha:			r, 06 de Septiembre de 2023			N° ORDEN: CP 23-1		
NOMBRE	TRANTE:	NIT y/o NCR:						
	MARIA	GUILLERMI	NA AGUILAR JOVEL			<u> </u>		1
CANTIDAD	U. M.		DESCRIPCIÓN		PRECIO UNITARIO (US\$)		VALOR TOTAL (US\$)	
600	PAQ	í	ASTICAS NEGRAS P/BASUE E 5 UNIDADES C/U.	TICAS NEGRAS P/BASURA 31x42 UNIDADES C/U.		0.60	\$	360.00
600	PAQ	BOLSA PLAS PAQUETE D		A TRANSPARENTE DE 2 LIBRAS,) C/U.		0.48	\$	288.00
1500	PAQ	1	STICA TRANSPARENTE DE ETE DE 100 C/U.	A TRANSPARENTE DE 5 LIBRAS DE 100 C/U.		0.99	\$	1,485.00
3000	PAQ	١.	STICA TRANSPARENTE DE UETE DE 100 C/U.	E 5x8 DE 1/2	\$	0,35	\$	050.00, 1
3000	PAQ		STICA P/BASURA, MEDIDA DA 19x27, PAQUETE DE 10		\$	0,29	\$	870.00
Solic: CP232023- HNNBB								
Cotiz 3			TOTAL	11S \$	ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	··	œ.	4,053.00
	CUATRO	MIL CINCUE	NTA Y TRES DOLARES		CENT	AVOS	Ψ	7,033.00
OBSERVACIO		PRECIO INC						
LUGAR DE ENTREGA:		ALMACEN DE INSUMOS DIVESOS EN EDIFICIO ANEXO AL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.						
TIEMPO DE ENTREGA:		ITEM 1,4,5,6,9 INMEDIATA 5 DIAS HABILES A PARTIR DE LA FECHA ESTABLECIDA DE LA ORDEN DE COMPRA.						
		<u></u>	SUPUESTARIO: 3202-3-02		161			
		Dr.Ai	ngel Ernesto Alvarado Roc Director	drightez	R TATALINI OF OCH	q\2°	2	3
			dministrador de la Orden	de Compra				
	a Sandra Ca	•	z de Quintanilla					
TELEFONO:		2133-3122	CORREO:	sandra.	vasque (ez@salue J	d.gc	b.sv
NOMBRE DE TI		Oscar Ed	luardo Linares Interiano EN DE COMPRA se requiere	Tel. y Ext.		2-6890	<u>.</u>	1857
			stablecido en la oferta.	vaii-piiiiioii		- 5.5	1	
=		_	ste pedido en DUPLICADO	CLIENTE Y C	UATR	O COPIA	٩S.	أممر
ORIGINAL: S COPIA: ALM	UMINISTI ACEN	RANTE	A D	>	1 3 m	9 PU	F R A	LA LIMPIELL Aguilar Joy 206-120654-001
COPIA:UNIDAD FINANCIERA COPIA: UCP			FIRMA PROVEE	hann Guillermina Agund hann Guillermina Agund hann sakudan 1811 1006-12066-1001 SELLO PROVEEDOR				

FIRMA PROVEEDOR

Hora:

Nombre Completo de quien retira la O d C

Fecha:

COPIA, UCP

SELLO PROVEEDOR

09:32