



MINISTERIO  
DE SALUD



## 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 ellos 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).

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



|  |                                |                  |
|--|--------------------------------|------------------|
|  | <b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b> |                  |
| Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente | UNIDAD DE ADQUISICIONES        | PREVISIÓN<br>NO: |
| UACI del Hospital de San Vicente                 | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL |                  |
|  | -                              |                  |

### ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

|                |                                      |                   |
|----------------|--------------------------------------|-------------------|
| Lugar y Fecha: | San Vicente 09 de Diciembre del 2019 | No.Orden:176/2019 |
|----------------|--------------------------------------|-------------------|

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | NIT |
|--------------------------------|-----|

|   |  |
|---|--|
| IRAHETA MANTENIMIENTO E INSUMOS MEDICOS, S.A DE C.V |  |
|---|--|

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION  | PRECIO   | VALOR      |
|----------|------------------|--|----------|------------|
|          |                  |  | UNITARIO | TOTAL      |
| -        | -                | <b>LINEA:0202 Atención Hospitalaria--FONDOS GOES</b>   | -        | -          |
| 100      | Cada Uno         | <b>R-15; 11800055; JABON DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4% CON DISPENSADOR ENVASE DE UN LITRO.OFERTARON: HIBICLEN 4% CIRCUITO CERRADO 1L (DISPENSADORES SERAN ENTREGADOS SEGUN REQUERIMIENTO DEL HOSPITAL) PRESENTACION: NO LO ESPECIFICA; TIPO DE EMPRESA: MICRO EMPRESA; VENCIMIENTO: AGOSTO 2022; REGISTRO DNM: IM011818022016.MARCA: ROKER; ORIGEN: PERU; PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATA (2 DIAS HÁBILES); GARANTIA: 2 AÑOS.</b> | \$20.00  | \$2,000.00 |
| -        | -                | <b>TOTAL.....</b>  | -        | \$2,000.00 |

SON: dos mil 00/100 dólares

**OBSERVACION:** SEGÚN SOLICITUD DE COMPRA RECIBIDA EN FECHA **25/11/2019**; SERVICIO SOLICITADO POR EL **DEPARTAMENTO DE OFICINA DE ENFERMERAS**, EL HOSPITAL DELEGA A **LICDA. MELVIN LIZETH AYALA DE MARTINEZ** COMO ADMINISTRADOR DE LA COMPRA Y SERA LA RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA. ASI MISMO SERA EL ENLACE ENTRE EL CONTRATISTA Y EL CONTRATANTE. ORDEN DE COMPRA REALIZADA SEGÚN PROCESO DE COMPRA **No. 147/2019 "INSUMOS MEDICOS"**. Y POR MOTIVO DE CIERRE CONTABLE, NO SE RECIBIRAN SUMINISTROS Y NO SE DARA TRAMITE A FACTURAS Y DOCUMENTOS DE PAGO, EN LOS ULTIMOS 3 DIAS DE CADA MES; ADEMÁS LA ENTREGA COMPRENDE, ENTREGAR ACTA Y FACTURA A LA UNIDAD FINANCIERA, PARA COMPLETAR EL PROCESO, CASO CONTRARIO SE TENDRÁ POR NO ENTREGADO EL SERVICIO O PRODUCTO QUE SE TRADUCIRA EN INCUMPLIMIENTO DE ENTREGA.

**LUGAR DE ENTREGA:** EN EL ALMACEN GENERAL DEL HOSPITAL, UBICADO ENTRE LA 4ta. Y 8va. CALLE ORIENTE Y 2da. AVENIDA SUR No. 23, DEL BARRIO SAN FRANCISCO, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE; EN HORARIO DESDE LAS 08:00 HORAS HASTA LAS 12:00 HORAS Y DESDE LAS 13:00 HORAS HASTA LAS 14:30 HORAS; CABE MENCIONAR QUE NUESTRA INSTITUCION ES AGENTE DE RETENCION DEL 1%.

**LUGAR DE NOTIFICACIONES:** EL HOSPITAL ENTRE LA 4ta. Y 8va. CALLE ORIENTE Y 2da. AVENIDA SUR No. 23, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, TELE/FAX: 2393-9510; Y MOISES ELIO IRAHETA REYES, CALLE COLIMA N° 937, COLONIA MIRAMONTE SAN SALVADOR; TEL (503):2207-2160; CORREO :ventasirammed@gmail.com; moisesiraheta493@hotmail.com

|                     |       |
|---------------------|-------|
| _____               | _____ |
| Titular o Designado |       |

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| <hr/> | <hr/> <p>Suministrante</p> |
|-------|----------------------------|

*Elaborado por: aarevalo*

|  |                                |                  |
|--|--------------------------------|------------------|
|  | <b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b> |                  |
| Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente | UNIDAD DE ADQUISICIONES        | PREVISIÓN<br>NO: |
| UACI del Hospital de San Vicente                 | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL |                  |

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

|                |                                      |                          |
|----------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Lugar y Fecha: | San Vicente 09 de Diciembre del 2019 | <b>No.Orden:176/2019</b> |
|----------------|--------------------------------------|--------------------------|

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | NIT |
|--------------------------------|-----|

**IRAHETA MANTENIMIENTO E INSUMOS MEDICOS, S.A DE C.V**

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION  | PRECIO   | VALOR      |
|----------|------------------|--|----------|------------|
|          |                  |  | UNITARIO | TOTAL      |
| -        | -                | <b>LINEA:0202 Atención Hospitalaria--FONDOS GOES</b>   | -        | -          |
| 100      | Cada Uno         | <b>R-15; 11800055; JABON DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4% CON DISPENSADOR ENVASE DE UN LITRO.OFERTARON: HIBICLEN 4% CIRCUITO CERRADO 1L (DISPENSADORES SERAN ENTREGADOS SEGUN REQUERIMIENTO DEL HOSPITAL) PRESENTACION: NO LO ESPECIFICA; TIPO DE EMPRESA: MICRO EMPRESA; VENCIMIENTO: AGOSTO 2022; REGISTRO DNM: IM011818022016.MARCA: ROKER; ORIGEN: PERU; PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATA (2 DÍAS HÁBILES); GARANTIA: 2 AÑOS.</b> | \$20.00  | \$2,000.00 |
| -        | -                | <b>TOTAL.....</b>  | -        | \$2,000.00 |

SON: dos mil 00/100 dólares

**LUGAR DE ENTREGA:** EN EL ALMACEN GENERAL DEL HOSPITAL, UBICADO ENTRE LA 4ta. Y 8va. CALLE ORIENTE Y 2da. AVENIDA SUR No. 23, DEL BARRIO SAN FRANCISCO, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE; EN HORARIO DESDE LAS 08:00 HORAS HASTA LAS 12:00 HORAS Y DESDE LAS 13:00 HORAS HASTA LAS 14:30 HORAS; CABE MENCIONAR QUE NUESTRA INSTITUCION ES AGENTE DE RETENCION DEL 1%.

|  |                      |
|--|----------------------|
|  <p>Titulario Designado</p> | <p>_____</p>         |
| <p>_____</p>   | <p>Suministrante</p> |

Elaborado por: aarevalo