TESÁI HA TEKO PORÃVE Mbegueteroiko Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

97

Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social
HOSPITAL DISTRITAL DE ITÁ

Direccion Enrique Doldan Ibieta e/ Antonio J. Delvalle – Tel. 0224 632217 - Ciudad de Ita – Py

Dependencia Solicitante: HOSPITAL DISTRITAL DE ITÁ	**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y/O PRODUCTOS**		**O.C. Nº 05/20**
Nivel de Entidad:	12 Poder Ejecutivo	**Fecha de Emisión :**	**30/10/2020**
Entidad:	8 Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social.		
Tipo de Presupuesto	2 Programas de Accion		
Programa	002 Servicios Hospitalario para la Reduccion de la Morbimortalidad		

Proveedor:	**SAMAL S.R.L.**	**RUC:**	**80044730-1**

La presente orden tiene por objeto la entrega de los bienes que se detallan a continuación así como los precios unitarios y totales:

N° de ÍTEM / LOTE	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	UNIDAD DE MEDIDA	PRESENTACION	MARCA	PROCEDENCIA	CANTIDAD	EXENTA	PRECIO UNITARIO 5%	PRECIO UNITARIO 10%	TOTAL Gs
15	**Fideo**	UNIDAD	PAQ	CAMPO 9	PARAGUAY	20		23.000		460.000
24	**Carnaza de primera**	KG	PAQ	SAMAL	PARAGUAY	500		30.000		15.000.000
									TOTAL Gs:	**15.460.000**

SON GUARANÍES: QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL.----------

OBSERVACION : _____ENTREGA

PLAZO DE ENTREGA Y/O CUMPLIMIENTO : 5 (CINCO) DIAS HABILES DESDE LA FECHA DE RECEPCION DE LA ORDEN POR PARTE DEL PROVEEDOR ADJUDICADO

V[illegible]CIA DEL CONTRATO: Desde la firma del contrato hasta el cumplimiento total de sus obligaciones---------

LUGAR DE ENTREGA: DEPOSITO DE SUMINISTRO DEL HOSPITAL DISTRITAL DE ITA, DE LUNES A VIERNES DE 07:30 A 11:30 HS

FORMA DE PAGO: CREDITO

Dependencia :

C.P. Natalia E. Simbron R.
Jefa Dpto. Administrativo
Hospital Distrital de Itá

FIRMA Y SELLO DEL ADMINISTRADOR/A

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL · HOSPITAL DISTRITAL DE ITÁ · DIRECCIÓN

Dra. Elsi M. Lourdes Gamarra S.
Directora General
Reg. Nº 6258
Hospital Distrital de Itá

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR/A

SAMAL

FIRMA y SELLO DEL PROVEEDOR

02-11-2020

FECHA DE RECEPCIÓN DEL PROVEEDOR

Obs. 1. Todos los cuadros del presente documento, a los efectos de su validez, deben ser debidamente llenados y firmados, según corresponda.