

**HOSPITAL**  
NACIONAL DE NIÑOS  
**BENJAMIN BLOOM**



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR**

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

| Lugar y fecha:                                      | San Salvador, 19 de Julio del 2021 |  | N° ORDEN:              | <b>719</b>         |
|---|------------------------------------|--|------------------------|--------------------|
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: |                                    |  | NIT y/o NCR:           |                    |
| DIPROMEQUI, S.A. DE C.V. TEL: 2208-5612/ 2222-6961  |                                    |  |                        |                    |
| CANTIDAD  | U. M.                              | DESCRIPCIÓN  | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
| 25  | c/u.                               | Cinta Umbilical rollo 100 yardas en frasco dispensador<br>Marca: Ninatex Origen: El Salvador Vencimiento: No menor de 2 años | \$ 12.00               | \$ 300.00          |
| AR<br>1 Cotiz.<br>No IM-43/2021                     |                                    |  |                        |                    |
| <b>TOTAL US \$:</b>                                 |                                    |  |                        | <b>\$ 300.00</b>   |

(TOTAL EN LETRAS) TRESCIENTOS 00/100 DOLARES

|   |                            |
|---|----------------------------|
| OBSERVACIONES:  |                            |
| LUGAR DE ENTREGA:   | ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS |
| TIEMPO DE ENTREGA:  | 1 A 5 DIAS HABILES         |
| CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 632 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1 |                            |

**FIRMA DEL TITULAR**

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**


**NOMBRE:** Dr. David Ernesto Castillo Bustamante, Licda. Claudia Felicita Carpio de Maldonado, Licda. Claudia Sujei Rios Deras, Dr. Pablo Ricardo Gonzalez Canizalez y Dr. Hector Milton Barrientos Sanchez

**TELEFONO:** 2133-3241 **CORREO:** [divisionmedica@hospitalbloom.gob.sv](mailto:divisionmedica@hospitalbloom.gob.sv)

**NOTA:** Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

|  |   |   |
|--|---|---|
| ORIGINAL: SUMINISTRANTE                    | <br><b>FIRMA PROVEEDOR</b> | <br><b>SELLO PROVEEDOR</b> |
| COPIA: ALMACEN<br>COPIA: UNIDAD FINANCIERA |   |   |
| COPIA: U.A.C.I.                            |   |   |