



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

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, 30 de marzo de 2020

N° Orden 264

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:

NIT

B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V.

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
35	C/U	BOLSAS EVA PARA ALIMENTACION PARENTERAL AUTOMATIZADA, UTILIZARLAS EN MAQUINA PINNACLE DE 2,000ML MAS CLAMP PARA BOLSA PRESENTACION BOLSA x 5 UNIDADES, CLAMP BOLSA X 50UNIDADES MARCA: BRAUN; ORIGEN: USA/OTROS PAISES VEC NO MAYO A 18 MESES	\$ 11.00	\$ 385.00
5200	C/U	DESCARTABLE TRANSPARENTE DE 270/165CM, PARA BOMBA DE INFUSION VOLUMETRICA, MODELO INFUSOMAT FMS, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, (INFUSOMAT SPACE LINE) MARCA: BRAUN; ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES; VENC NO MAYO A 18 MESES	\$ 5.00	\$ 26,000.00
50	C/U	SET DE TRANSFERENCIA PARA SER USADAS EN MAQUINA PINNACLE	\$ 110.00	\$ 5,500.00
2500	C/U	BOLSAS EVA PARA ALIMENTACION PARENTERAL AUTOMATIZADA, UTILIZARLAS EN MAQUINA PINNACLE DE 500ML MAS CLAMP PARA BOLSA PRESENTACION BOLSA x 5 UNIDADES, CLAMP BOLSA X 50UNIDADES MARCA: BRAUN; ORIGEN: USA/OTROS PAISES VEC NO MAYO A 18 MESES	\$ 11.00	\$ 27,500.00
IM-17/2020 N° 1 COT				

TOTAL US\$:

\$ 59,385.00

CINCUENTA Y NUEVE MIL TRECIENTOS OCHENTA Y CINCO DOLARES

30/03/2020

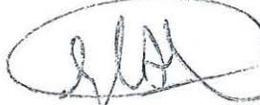
OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

TIEMPO DE ENTREGA: R-1: 3 DIAS HABILES; R-2: 10 DIAS; R-3: 3 DIAS; R-4: 3 DIAS HABILES

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 59,385.-	30/3/2020	[Firma]


  
  
**FIRMA DEL TITULAR**

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

**LIC. CESAR ALFREDO LEMUS CRUZ**

**TELEFONO:** 2132-6837      **CORREO:** [bodegamed@hospitalbloom.gob.sv](mailto:bodegamed@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  
 COPIA: ALMACEN  
 COPIA: UNIDAD SOLICITANTE  
 COPIA: U.A.C.I.

  
**FIRMA PROVEEDOR**

**B. BRAUN MEDICAL**  
**CENTRAL AMERICA & CARIBE,**  
**S. A. DE C. V.**

**SELLO PROVEEDOR**