



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 266

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: NIT

SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V.

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN   | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|-------|---|------------------------|--------------------|
| 440      | C/U   | TUBO ENDOTRAQUEAL 5.5MM DIAMETRO TRANSPARENTE CON AGUJERO Y LINEA GENTINELA RADIOPACA SIN BALON CON ESCALA EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DESCARTABLE; MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS | \$ 0.90                | \$ 396.00          |
| 24600    | C/U   | TAPON DE CIERRE CON TOMA DE INYECCION LUER LOCK EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL( SELLO DE HEPARINA); MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA; VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS   | \$ 0.09                | \$ 2,214.00        |

JS  
IM-17/2020  
N° 1 COT

TOTAL US\$: \$ 2,610.00

ONCE MIL SETECIENTOS SESENTA DOLARES

OBSERVACIONES: USO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

*[Handwritten signature]*  
30/03/2020

TIEMPO DE ENTREGA: 2 A 4 DIAS HABILES

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

| ESPECIFICO | VALOR      | FECHA         | FIRMA                          |
|------------|------------|---------------|--------------------------------|
| 54113      | \$ 2,610.- | 31 abril/2020 | <i>[Handwritten signature]</i> |
|            |            |               |                                |
|            |            |               |                                |

*[Handwritten signature]*  
FIRMA DEL TITULAR

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

LIC. CESAR ALFREDO LEMUS CRUZ

TELEFONO: 2132-6837 CORREO: 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

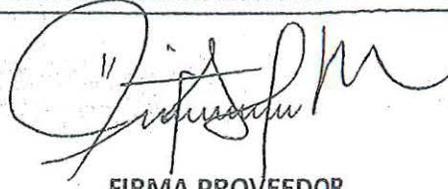
EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

ORIGINAL: SUMINISTRANTE

COPIA: ALMACEN

COPIA: UNIDAD SOLICITANTE

COPIA: U.A.C.I.



FIRMA PROVEEDOR

SUPLIDORES DIVERSOS  
S.A. de C.V.

SELLO PROVEEDOR