



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)

Handwritten notes: 27/5/2020, 14:45

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|-----|
| Lugar y fecha: | SAN SALVADOR, 18 DE MAYO DEL 2020 | N° Orden | 377 |
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: | | NIT | |
| S.T. MEDIIC S.A. DE C.V. | | TEL. 2530-1000 | |

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|---|-------|--|------------------------|--------------------|
| 60 (2 COTIZ.) No. S/C: 237 Marta | C/U | <u>SOLICITADO:</u> ELECTRODOS DE CONTACTO EN COPA DE ORO DE 1 METRO DE LARGO Y 10MM DE DIAMETRO TIPO HEMBRA. <u>OFERTADO:</u> ELECTRODOS DE CONTACTO EN COPA DE ORO DE 1 METRO DE LARGO Y 10MM DE DIAMETRO TIPO HEMBRA. REF. FS-E5GH-48 MARCA: NATUS. ORIGEN: USA/IRLANDA VENCIMIENTO: NO MENOR DE DOS AÑOS A PARTIR DE SU FABRICACION. NOTA: EN CASO DE SER ADJUDICADOS SE ENTREGARAN 6 CAJAS DE 10 UNIDADES CADA UNA. | \$ 23.58 | \$ 1,414.80 |
| TOTAL US\$: | | | | \$ 1,414.80 |

UN MIL CUATROCIENTOS CATORCE CON 80/100 DOLARES

| | |
|--------------------|---|
| OBSERVACIONES: | USO: EXCLUSIVO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE ELECTROENCEFALOGRAFIA |
| LUGAR DE ENTREGA: | ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS |
| TIEMPO DE ENTREGA: | 5 - 8 DIAS HABILIS |

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

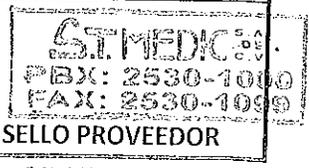
| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|-------------|---------|--------------------------------|
| 54113 | \$ 1,414.80 | 19/5/20 | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |

[Handwritten Signature]

 FIRMA DEL TITULAR

Datos del Administrador de la Orden de Compra:
 LIC. CESAR ALFREDO LEMUS CRUZ
 TELEFONO: 2225-4114 Ext. 1804 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 | <i>[Handwritten Signature]</i> FIRMA PROVEEDOR |  SELLO PROVEEDOR |
| COPIA: ALMACEN | | |
| COPIA: UNIDAD SOLICITANTE | | |
| COPIA: U.A.C.I. | | |