



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, 25 DE JUNIO DEL 2020

N° Orden

486

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:

NIT

COPROSER SA DE CV

TEL. 2262-2198

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
2	UNIDAD	<p>SOLICITANTE: 2. VIBRADORES-PERCUTORES ELECTRICOS PARA FISIOTERAPIA PULMONAR.</p> <p>OFERTAN: VIBRADORES-PERCUTORES ELECTRICOS PARA FISIOTERAPIA PULMONAR. * MARCA: VIBRACARE * MODELO: G5 * VIBRADOR PERCUTOR DE TORAX DE SUPERFICIE LISA, CON CONTROL DE ENCENDIDO Y APAGADO * AJUSTE DE CONTINUO DE VIBRACION * EMPUÑADURA ERGONOMICA, ANTIDESLIZANTE Y ACOLCHADA * PRODUCE UN MENSAJE DE TIPO PULSANTE, CON SALIDA DE VELOCIDAD: 20-50 CICLOS POR SEGUNDO * POTENCIA DEL MOTOR 1/40 HP * VOLTAJE DE ALIMENTACION 110V * PORTATIL, MANUAL * JUEGO COMPLETO DE ACCESORIOS, APLICADORES Y CABEZALES PARA PACIENTE ADULTOS Y PEDIATRICOS. * UN CABEZAL O APLICADOR DE ESPUMA SUAVE * UN CABEZAL O APLICADOR DE VIBRACION * UN CABEZAL O APLICADOR DE PERCUSION * INCLUYE DOS SOPORTES DE ESPUMA PARA AUTO-APLICACIÓN Y CINTURON INCLUYEN: CADA UNO DE LOS VIBRADORES VIBRACARE G5 INCLUYE: 1- CABEZAL O APLICADOR DE ESPUMA SUAVE 1- CABEZAL O APLICADOR DE VIBRACION 1- CABEZAL O APLICADOR DE PERCUSION 1- SOPORTE DE ESPUMA PARA AUTO-APLICACIÓN Y CINTURON GARANTIA: 12 MESES (1 COTIZ.)</p>	\$ 979.00	\$ 1,958.00
TOTAL US\$:				\$ 1,958.00

No. s/c: 385

Marta

24/6/20
25-6-2020

MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO 00/100 DOLARES

OBSERVACIONES:	USO: TERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA DE TORAX - ANEXO. (PARA HIGIENE BRONQUIAL Y DRENAJE POSTURAL DE PACIENTES CON NEUMOPATIAS CRONICAS PEDIATRICAS.-
LUGAR DE ENTREGA:	25 DIAS HABLES
TIEMPO DE ENTREGA:	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
5413	\$1,958.00	7/6/20	[Signature]

[Circular Stamp: HOSPITAL BENJAMIN G. DIRECCION]
 [Signature]
 FIRMA DEL TITULAR

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

LIC. CESAR ALFREDO LEMUS CRUZ
 TELEFONO 2225-41114 EXT. 1804 CORREO: hodegamed@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.

[Signature]
 FIRMA PROVEEDOR 8/1/20

[Stamp: COPROSER S.A. DE C.V.]
 SELLO PROVEEDOR