



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, 23 de Noviembre de 2020		N° Orden	905
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE			NIT	
B BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V. TEL: 2524-4000				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
1	c/u.	Trocar intraventricular para sistema de neuroendoscopia Ofrecen: Trocar intraventricular para sistema de neuroendoscopia minop, diametro 6MM, 4 canales de trabajo, canal de endoscopio de 2.8 MM de diametro, canal de trabajo principal de 2.2 MM de diametro, 2 canales de 1.4 MM para irrigacion y que permitan insercion de instrumentos flexibles. que ncluya obturador para los 4 canales. Marca: Aesculap Origen: Alemania/ otros paises Vencimiento N/A	\$ 3,397.00	\$ 3,397.00
2	c/u.	Introduccion descartable que protege el tejido Ofrecen: Introduccion descartable que protege el tejido circundante mientras se inserta, se remueve o se manipula el neuroendoscopio compatible con trocar intraventricular, tipo peel, incluye obturador romo. Paquete contiene 5 unidades en empaque individual esteril. Marca: Aesculap Origen: Alemania/ otros paises Vencimiento N/A	\$ 563.59	\$ 1,127.18
AR N° 995/2020 No 1 Cotiz.				

24/11/2020

TOTAL US\$:

\$ 4,524.18

CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTE Y CUATRO 18/100 DOLARES

OBSERVACIONES: USO EN: CENTRO QUIRURUGICO

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

TIEMPO DE ENTREGA: 30 DE NOVIEMBRE DEL 2020

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	CONFIRMACION	FIRMA
54113	\$ 4,524.18		

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:

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

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

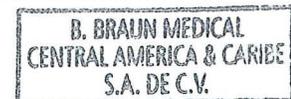
ORIGINAL: SUMINISTRANTE

COPIA: ALMACEN

COPIA: UNIDAD SOLICITANTE

COPIA: U.A.C.I.


FIRMA PROVEEDOR



SELLO PROVEEDOR