



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)

249  
7-Dic-20

Lugar y fecha:

SAN SALVADOR 07 DE DICIEMBRE DE 2020

RP Nº 26

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:

NIT

B.BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICAN & CARIBE S.A DE C.V. TEL. 2524-4000

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL (US\$)
			( US\$)	
		SOLICITAN: CONTENEDOR 3/4 QUE CONTENGA CADA UNO: UNA CUBETA PARA CONTENEDOR 3/4 PERFORADO ALTURA:135MM UNA BASE TAPA INFERIOR 3/4 CONTENEDOR AZUL. UNA CESTA PERFORADA 3/4, 406X25X106MM DOS ESTERILLA AMORTIGUADOR SILICONA TAMAÑO 3/4 DOS PLACAS IDENTICAS ROJA 13 LETRAS DOS PLACAS IDENTICAS ROJA 13 DOS PINZAS SUJETADORA ESTERILIZAR 140MM		
		OFRECEN:		
2	C/U	CUBETA PARA CONTENEDOR 3/4 PERFORADO. ALTURA 135MM	\$441,00	\$882,00
2	C/U	BASE TAPA INFERIOR 3/4 CONTENEDOR AZUL	\$306,00	\$612,00
2	C/U	CESTA PERFORADA 3/4 . 406X253X106MM	\$197,00	\$394,00
2	C/U	ESTERILLA AMORTIGUADORA DE SILICONA TAMAÑO 3/4	\$132,00	\$264,00
2	C/U	PLACA DE IDENTIFICACION. ROJA 13 LETRAS	\$5,00	\$10,00
2	C/U	PLACA DE IDENTIFICACION. ROJA 13 LETRAS	\$5,00	\$10,00
2	C/U	PINZA SUJETADORA ESTERILIZAR 140MM	\$19,00	\$38,00
N°cot 1		MARCA: AESCULAP VENCIMIENTO: N/A ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES FABRICANTES		
N°				
solic.1,020/				
2020				
ARACELY				

DOS MIL DOSCIENTOS DIEZ DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA 00/100 \$2,210.00

OBSERVACIONES: **CENTRO QUIRURGICO**

LUGAR DE ENTREGA: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS**

TIEMPO DE ENTREGA: **10 DÍAS CALENDARIO DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA**

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$2,210.00		
C241			

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA DEL TITULAR 7/12/2020

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

Lic. Cesár Alfredo Lemus Cruz

TELEFONO:

2132-6837

CORREO:

bodegamed@hopitalbloom.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.

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA PROVEEDOR

