



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)

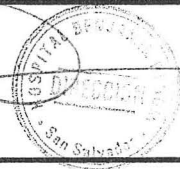
Lugar y fecha:	San Salvador, 05 de Febrero del 2021		N° ORDEN:	63
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:			NIT y/o NCR:	
PROVEEDORES QUIRURUGICOS, S.A. DE C.V. TEL: 2564-3795				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
150	c/u.	TUBO ENDOTRAQUEAL 6.5 MM DIAMETRO INTERNO BALON DE ALTO VOLUMEN Y BAJA PRESION, TRANSPARENTE CON AGUJERO MURPHY Y LINEA CENTINELA RADIOPACA, ESCALA NUMERADA EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL DESCARTABLE C/ BALON MARCA: CHANNELMED ORIGEN: CHINA VENCIMIENTO: MINIMO 15-18 MESES	\$ 0.79	\$ 118.50
150	c/u.	TUBO ENDOTRAQUEAL 5.5 MM DIAMETRO INTERNO BALON DE ALTO VOLUMEN Y BAJA PRESION, TRANSPARENTE CON AGUJERO MURPHY Y LINEA CENTINELA RADIOPACA, ESCALA NUMERADA EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL DESCARTABLE C/ BALON MARCA: CHANNELMED ORIGEN: CHINA VENCIMIENTO: MINIMO 15-18 MESES	\$ 0.79	\$ 118.50
150	c/u.	TUBO ENDOTRAQUEAL 5.0 MM DIAMETRO INTERNO BALON DE ALTO VOLUMEN Y BAJA PRESION, TRANSPARENTE CON AGUJERO MURPHY Y LINEA CENTINELA RADIOPACA, ESCALA NUMERADA EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL DESCARTABLE C/ BALON MARCA: CHANNELMED ORIGEN: CHINA VENCIMIENTO: MINIMO 15-18 MESES	\$ 0.79	\$ 118.50
AR 2 Cotiz. No IM-21/2021				

TOTAL US \$: \$ 355.50

(TOTAL EN LETRAS) TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO 50/100 DOLARES

OBSERVACIONES:	
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
TIEMPO DE ENTREGA:	1-7 DIAS HABILES
CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 073 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0220-21-1	

FIRMA DEL TITULAR



9/2/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Lic. Cesar Alfredo Lemus Cruz  
 TELEFONO: 2132-6837 CORREO: [bodegamed@hospitalbloom.gob.sv](mailto: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 FINANCIERA COPIA: U.A.C.I.	FIRMA PROVEEDOR	 Provedores Quirúrgicos, S.A. de C.V. TEL-FAX: 2564-3795 SELLO PROVEEDOR
--	-----------------	---