



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, 5 de Mayo del 2021	N° ORDEN:	393
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
SISTEMAS BIOMEDICOS, S.A. DE C.V. TEL: 2526-8999/2526-8989			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
1	c/u.	Optica de Visión frontal Hopkins 0° 2,9 mmm O longitud 36 cm, esterilizable en autoclave, con conductor de luz de fibra incorporado calor distintivo verde Ofrecen: Optica de Visión frontal HOPKINS 0°, 2,9 mm Ø longitud 36 cm, esterilizable en autoclave, con conductor de luz de fibra optica incorporado, calor distintivo: verde	\$ 1,800.00	\$ 1,800.00
1	c/u.	Foco prismático esterilizable en autoclave, con conexión para cable de luz de fibra optica (No debe Utilizarse con 8574 K/KB/KT/KW) Ofrecen: Foco prismatico, esterilizable en autoclave, con conexión para cable de luz de fibra optica Marca: Karl Storz Origen: Alemania Código: 10101 FA	\$ 350.00	\$ 350.00
1	c/u.	Tapa de cierre, con junta de goma para utilizar con opticas y pinzas opticas Ofrecen: Tapa de cierre con junta de goma para utilizar con opticas y pinzas opticas Marca: Karl Storz Origen: Alemania Código: 10338 N	\$ 50.00	\$ 50.00

AR
1 Cotiz.
No 483/2021

TOTAL US \$:

\$ 2,200.00

(TOTAL EN LETRAS)	DOS MIL DOSCIENTOS 00/100 DOLARES
OBSERVACIONES:	USO EN: CENTRO QUIRURGICO
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
TIEMPO DE ENTREGA:	45 DIAS HABILIS

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 377 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

[Handwritten Signature]
FIRMA DEL TITULAR

12/5/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: **Dr. David Ernesto Castillo Bustamante**, Licda. Claudia Felicita Carpio de Maldonado, Licda. Claudia Sujey Rios Deras, Dr. Pablo Ricardo Gonzalez Canizalez y Dr. Hector Milton Barrientos Sanchez
TELEFONO: 2133-3241 CORREO: divisionmedica@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	<i>[Handwritten Signature]</i> FIRMA PROVEEDOR	
COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.		

SELLO PROVEEDOR