



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:	396
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.	Pinzas ópticas, mandíbulas tipo cocodrilo, para cuerpos extraños duros, con mango flexible Ofrecen: Pinzas ópticas, mandíbulas tipo cocodrilo, para cuerpos extraños duros, con mango flexible Marca: Karl Storz Origen: Alemania Código: 10374 HF	\$ 775.00	\$ 775.00
1	c/u.	Adaptador para aparato de respiración artificial modelo largo Ofrecen: Adaptador, para aparato de respiración Marca: Karl Storz Origen: Alemania Código: 10374 HF	\$ 55.00	\$ 55.00
1	c/u.	Maletin de plástico sin accesorios, dimensiones interiores (ancho x fondo X alto) 730 x 325 x 85 mm Incluye: Inserto para maletín de gomaespuma acanalado Ofrecen: Maletin, de plastico, sin accesorios, dimenciones ineriores (ancho x fondo x alto): 730 x 325 x 85mm. Marca: Karl Storz Origen: Alemania Código: 27677 A	\$ 300.00	\$ 300.00
AR 1 Cotiz. No 485/2021				

TOTAL US\$:

\$ 1,130.00

(TOTAL EN LETRAS) UN MIL CIENTO TREINTA 00/100 DOLARES

OBSERVACIONES: USO EN: CENTRO QUIRURGICO
 LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
 TIEMPO DE ENTREGA: 45 DIAS HABILES

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 379 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

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.gov.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



SELLO PROVEEDOR