



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, 26 de Mayo del 2021 | N° ORDEN:                  | 481 |
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: |                                   | NIT y/o NCR:               |     |
| SALVAMEDICA, S.A. DE C.V.                           |                                   | TEL: 2246-7200 / 2519-3253 |     |

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN  | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|-------|--|------------------------|--------------------|
| 50       | c/u.  | Transductores para medición de presiones invasivas, compatible con monitor Mindray Modelo: Mec-2000 Beneview T-5 Ofrecen: Transductor transparente para medición de presión invasiva Marca: Victus inc/ ICU Medical Inc. Origen: Mexico/USA Vencimiento: 20 unidades 04/01/2022 y 30 unidades 01/03/2022 | \$ 15.50               | \$ 775.00          |

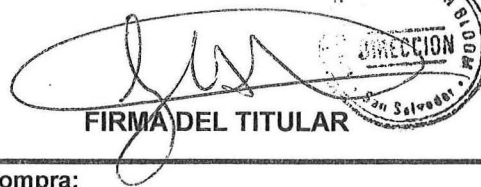
AR  
2 Cotiz.  
No 569/2021

TOTAL US \$:

\$ 775.00

(TOTAL EN LETRAS) SETECIENTOS SETENTA Y CINCO 00/100 DOLARES

|   |                            |
|---|----------------------------|
| OBSERVACIONES:  | USO EN: ANESTESIOLOGIA     |
| LUGAR DE ENTREGA:   | ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS |
| TIEMPO DE ENTREGA:  | 1 DIAS HABIL               |
| CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 442 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1 |                            |

  
 FIRMA DEL TITULAR

20/5/2021

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](mailto: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                    | <br>FIRMA PROVEEDOR | <br>SELLO PROVEEDOR |
| COPIA: ALMACEN<br>COPIA: UNIDAD FINANCIERA |  |  |
| COPIA: U.A.C.I.                            |  |  |