

**HOSPITAL**  
NACIONAL DE NIÑOS  
**BENJAMIN BLOOM**



**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, 19 de Julio del 2021		<b>N° ORDEN:</b>	<b>706</b>
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:			NIT y/o NCR:	
B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V. TEL: 2524-4000				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
3,100	c/u.	Descartable para bomba de perfusion transparente c/ luer lock emp. Ind. Ests. s/marca y modelo <b>Ofrecen:</b> Extensor transparente, para Jeringa transparente de bomba perfusora, con adaptador luer lock, longitud de 150 cm, empaque individual estéril descartable Marca: B/Braun Origen: Alemania/ Otros paises Vencimiento: NO menor a 18 meses ( 2 cotiz.)	\$ 1.50	\$ 4,650.00
66	c/u.	Equipo de transferencia para mezcladora automatizada de Alimentación parent. Emp. Ind. Est. desc. s/Marca y Modelo <b>Ofrecen:</b> Set de transferencia para ser usadas en maquina pinnacle set de transferencia de 6 espigas emp. Ind. Esteril Marca: B/Braun Origen: Usa/ Otros paises Vencimiento: No menor a 16 meses ( 1 cotiz.)	\$ 110.00	\$ 7,260.00
AR 1 Cotiz. No IM-61/2021				
<b>TOTAL US \$:</b>				\$ 11,910.00

(TOTAL EN LETRAS) ONCE MIL NOVECIENTOS DIEZ 00/100 DOLARES

<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	(ITEM 1) 25 DIAS HABILES Y (ITEM2 EN 5 DIAS HABILES

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 639 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

  
  
**FIRMA DEL TITULAR**

**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:

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	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	 <b>SELLO PROVEEDOR</b>
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.		

2/19  
20 jul 21