

**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, 28 de Julio del 2021		<b>N° ORDEN:</b>	<b>806</b>
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:			NIT y/o NCR:	
8 INFINITO, S.A. DE C.V. TEL: 25217494				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
25	c/u.	Catéter Jasson para de 10 Fr con reservorio Ofrecen: Drenaje de jasson pratts de sicon con reservorio para neurocirugia 10 Fr. Origen: China Estados Unidos Vencimiento: No menor 18 meses	\$ 60.00	\$ 1,500.00
25	c/u.	Catéter Jasson para de 12 Fr con reservorio Ofrecen: Drenaje de jasson pratts de sicon con reservorio para neurocirugia 12 Fr. Origen: China Estados Unidos Vencimiento: No menor 18 meses	\$ 60.00	\$ 1,500.00
25	c/u.	Catéter Jasson para de 15 Fr con reservorio Ofrecen: Drenaje de jasson pratts de sicon con reservorio para neurocirugia 15 Fr. Origen: China Estados Unidos Vencimiento: No menor 18 meses	\$ 60.00	\$ 1,500.00
AR 1 Cotiz. No 886/2021				

**TOTAL US \$:** \$ 4,500.00

(TOTAL EN LETRAS) CUATRO MIL QUINIENTOS 00/100 DOLARES

**OBSERVACIONES:** USO EN: SALA DE OPERACIONES

**LUGAR DE ENTREGA:** ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

**TIEMPO DE ENTREGA:** 30 DIAS CALENDARIO

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 742

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 Suje y 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

COPIA: ALMACEN  
COPIA: UNIDAD FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.

FIRMA PROVEEDOR

SELLO PROVEEDOR



29/7/2021