

**HOSPITAL  
NACIONAL DE NIÑOS  
BENJAMIN BLOOM**



**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Lugar y fecha: **SAN SALVADOR. 12 DE AGOSTO DE 2021** **N° 836**

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE

**C. IMBERTON S.A DE C.V.**

TEL. 2228-5666

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
130	C/U	SOLICITAMOS: FORMULA POLIMERICA PARA ADULTOS EN POLVO LIBRE DE GLUTEN, SIN LACTOSA, SABOR VAINILLA, LATA DE 400GRAMOS VENCIMIENTO MINIMO DE 18 MESES OFRECEN: ENSURE POLVO SABOR VAINILLA LATA DE 400 GRAMOS. MARCA: ABBOTT PAIS DE ORIGEN: DINAMARCA. VENCIMIENTO: 30 DE MARZO DE 2023.	\$9,50	\$1,235,00

ARACELY  
3 COTIZ N° S/C  
926/2021

**TOTAL US \$:**

**\$1,235,00**

UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO DOLARES DE LOS ESTADOS DE AMERICA 00/100

**OBSERVACIONES:** FORMULAS LACTEAS  
**LUGAR DE ENTREGA:** ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS  
**TIEMPO DE ENTREGA:** 07 DÍAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA 765

**FIRMA DEL TITULAR**



13/8/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

Nombre: LIC. CARMEN DOMINGUEZ .

TELEFONO: 21-33-3137

CORREO: [formula@hospitalbloom.gob.sv](mailto:formula@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**

C. IMBERTON S.A de C.V.  
KM 11 CARRETERA A LA LIBERTAD  
Tel. 2241-6278 Fax: 2241-6294  
**SELLO PROVEEDOR**

21/8/2021  
13-08-2021