

**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, 14 de Septiembre del 2021	<b>N° ORDEN:</b>	<b>918</b>
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
MICHAEL WILLIAM AREVALO TEL: 6153-7351			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
25	c/u	Fresas de baja velocidad redondas N° 4 <b>Ofrecen:</b> Fresa de baja velocidad redonda para uso odontologico No 4 se utilizan con contra-ángulos dentales a una velocidad baja para desgastar piezas dental para rellenos o sellantes o cirugía periodontales el diámetro del mango suele ser de 2.35 mm y en el extremo encontramos una muesca que las fija en el cabeza ellas son de acero inoxidable, es autoclaveable a 134°C la fresa es comoda al paciente y al odontologo Marca: Allpro Modelo: Allpro 1 Origen: China Vencimiento: No aplica	\$ 7.00	\$ 175.00

AR  
1 Cotiz.  
No 746/2021

**TOTAL US \$:**

\$ 175.00

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

<b>OBSERVACIONES:</b>	USO EN: ODONTOLOGIA
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	15 DIAS HABILES

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 876

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

  
**FIRMA DEL TITULAR**



16/9/2021

**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](mailto: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	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.		

24/9  
16 Sept. 21