

**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. 29 DE SEPTIEMBRE DE 2021** **N° 971**

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE

**SIEMENS HEALTHCARE. S.A**

TEL.2248-7333

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
1	C/U	TARJETA D220 CONTROLADORA DE FILAMENTOS Para uso en equipo de rayos x Marca:Siemens Healthcare Modelo: Iconos R200 Origen: Alemania/España Garantía: 6 meses por desperfectos de fabrica.	\$3,334,57	\$3,334,57

ARACELY  
1 COTIZ N° S/C  
1,061/2021

**TOTAL US \$:** **\$3,334,57**

TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO, DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA CON CINCUENTA Y SIETE CENTAVOS 57/100

OBSERVACIONES: **RADIOLOGIA**

LUGAR DE ENTREGA: **ALMACEN DE MANTENIMIENTO**

TIEMPO DE ENTREGA: **05 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA**

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0221-1

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA 945

  
**FIRMA DEL TITULAR**



30/9/2021

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**

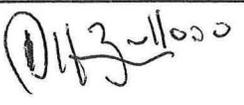
Nombre: **ING. OSCAR EDGARDO GRANADOS - SR. FRANCISCO MOLINA**

TELEFONO: **2133-31-43** CORREO: **francisco.molina@salud.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>Siemens Healthcare, S.A.</b> <b>SELLO PROVEEDOR</b>
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.		

29 Sept. 21