

**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)**

*UACI  
06 Oct-21*

Lugar y fecha:	San Salvador, 05 de Octubre del 2021	N° ORDEN:	<b>1016</b>
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
<b>PROVEEDORES QUIRURGICOS, S.A. DE C.V. TEL: 2223-1879/ 2564-3795</b>			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
100	c/u.	Circuito descartable con rama inspiratoria y espiratoria calentada tamaño adulto <b>Ofrecen:</b> Circuitos descartables con rama inspiratoria y espiratoria calentada, tamaño adulto con tecnología vetimyst par el manejo efectivo de la condensacion, con camara humidificadora de autollenado Vencimiento: minimo 24 meses Marca: Flexcare Origen: UK	\$ 60.00	\$ 6,000.00
100	c/u.	Circuito descartable con rama inspiratoria y espiratoria calentada tamaño Neonatal <b>Ofrecen:</b> Circuitos descartables con rama inspiratoria y espiratoria calentada, tamaño Neonatal con tecnología vetimyst para el manejo efectivo de la condensacion, con camara humidificadora de autollenado Vencimiento: minimo 24 meses Marca: Flexcare Origen: UK	\$ 60.00	\$ 6,000.00

AR  
3 Cotiz.  
No IM-78/2021

**TOTAL US \$:** \$ 12,000.00

(TOTAL EN LETRAS) DOCE MIL 00/100 DOLARES

<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	1 - 5 DIAS HABILIS

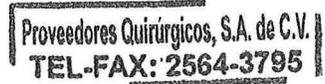
CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 962 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

  
**FIRMA DEL TITULAR**


Datos del Administrador de la Orden de Compra:

**NOMBRE:** Lic. Cesar Alfredo Lemus  
**TELEFONO:** 2132-6837 **CORREO:** cesar.lemus@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>PROVEEDORES QUIRÚRGICOS, S.A. DE C.V.</b> <b>TEL-FAX: 2564-3795</b>
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.	<b>SELLO PROVEEDOR</b>	