

**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, 02 de Septiembre del 2021		<b>N° ORDEN:</b>	<b>RP-48</b>
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:			NIT y/o NCR:	
<b>EQUITEC, S.A. DE C.V. TEL: 2278-4400</b>				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
1	c/u.	Aditamento Tapared Rotatorio compatible con craneotomo Midas Rex Modelo: AF02R Marca: Meditronic Origen: USA/ Puerto Rico Vencimiento: N/A	\$ 2,360.00	\$ 2,360.00
1	c/u.	Aditamento pieza angulada fija No 14 ( Verde) compatible con Craneotomo Midas Rex Modelo: AA14 Marca: Meditronic Origen: USA/ Puerto Rico Vencimiento: igual o mayor a 15 meses	\$ 2,910.00	\$ 2,910.00
1	c/u.	Aditamento Pieza angulada variable No 14 (Verde) compatible con craneotomo Mides Rex Modelo: AVA14 Marca: Medtronic Origen: Usa/Puerto Rico Vencimiento: igual o mayor a 15	\$ 3,615.00	\$ 3,615.00
AR 1 Cotiz. No 948/2021				

**TOTAL US \$**

**\$ 8,885.00**

(TOTAL EN LETRAS) OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO 00/1 00 DOLARES

**OBSERVACIONES:** USO EN: CENTRO QUIRURGICO

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

**TIEMPO DE ENTREGA:** 30-45 DIAS HABILIS

**CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N°** CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-2

  
**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 Sujev 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	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	 <b>SELLO PROVEEDOR</b>
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.		