

**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 DE 2021** **RP N° 55**

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE

**EQUIMSA SA. DE C.V.**

TEL.2224 -2687

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
1	c/u	SOLICITAN: Bomba de vacio con rosca voltaje de 220/380V. Frecuencia 50/60 Hz. Ofrecen: Repuesto Bomba de vacio para equipo autoclave mixto vapor/formaldehido. Marca: Cisa, Modelo: 6415 N° parte: HD-BB-000011-00 País de Origen: Brasil.	\$4,449,00	\$4,449,00
1	c/u	SOLICITAN: Válvula de retención acero inox de 1/2 pulg. Ofrecen: Válvula de retención de inox 1/2 pulgada diámetro con pin interno para equipo autoclave Marca: Cisa Modelo:6415 Código: HD-VT-00005-01 País de Origen: Brasil.	\$870,00	\$870,00
1	c/u	SOLICITAMOS: Válvula de retencion acero Inox. De 1 1/4 pulg. Ofrecen: Válvula de retención de inox 1 1/4 pulgada de diámetro para equipo autoclave Marca: Cisa Modelo 6415 Código: HD.VT-00001-00 Paños de Origen: Brasil	\$870,00	\$870,00
<b>ARACELY</b> 1 COTIZ N°.S/C 1,013 /2021 B41				
<b>TOTAL US\$</b>				<b>\$6,189,00</b>

SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE DOLARES DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA 00/100

<b>OBSERVACIONES:</b>	<b>CENTRAL DE ESTERILIZACION</b>
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>ALMACEN DE MANTENIMIENTO</b>
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	<b>45 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE HABER RECIBIDO ORDEN DE COMPRA</b>

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-2

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPESTARIA

  
**FIRMA DEL TITULAR**



2/9/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:  
**NOMBRE: ING. OSCAR EDGARDO GRANADOS Y SEÑOR FRANCISCO MOLINA**  
**TELEFONO: 2133-3143** **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>SELLO PROVEEDOR</b>
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.		