

**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, 16 de Septiembre de 2021	N° ORDEN: <b>RP- 81</b>
----------------	--	-------------------------

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:

NIT y/o NCR:

**SALVAMEDICA, S.A. DE C.V. (2246-7200)**

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
10	C/U	<p><u>Solicito:</u> Unidades de pasa calentamiento de pacientes en UCI y sala de operaciones</p> <p><u>Ofrece:</u> Unidad de Calentamiento WT6000 con 5 niveles de temperatura ambiente, con filtro HEPA con duración de 4,000 horas con filtración de 0.3 MICRAS, con capacidad de adaptación de sabanas termicas de diferentes tamaños pediatricos y adulto, se incluye carrito de transporte Y demas condiciones presentadas en Oferta</p> <p>Marca: COVIDIEN / MEDTRONIC Origen: USA / MALASIA Vencimiento : N/A</p> <p style="text-align: center;">C- 897</p>	\$ 1,500.00	\$ 15,000.00

Solic: 710/2021  
Cotiz 2  
W.P

**TOTAL US \$:**

\$ 15,000.00

**QUINCE MIL DOLARES CON 00/100 CENTAVOS**

OBSERVACIONES:	División Médica
LUGAR DE ENTREGA:	Almacen de Insumos Medicos
TIEMPO DE ENTREGA:	60 dias hábiles

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

FIRMA DEL TITULAR



Datos del Administrador de la Orden de Compra:

**NOMBRE:** Dr. David Ernesto Castillo Bustamante

**TELEFONO**

2133-3240

**CORREO:**

[david.castillo@salud.gob.sv](mailto:david.castillo@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

COPIA: ALMACEN

COPIA: UNIDAD FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.

FIRMA PROVEEDOR

FIRMA PROVEEDOR

  
**Salvamédica**  
S.A. de C.V.

República de El Salvador, C. A.

SELLO PROVEEDOR

8/20  
17 Sept-21