

**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 (UAGI)**

Lugar y fecha:	San Salvador, 12 de Octubre del 2021	N° ORDEN:	1044
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
OXI-RENT, S.A. DE C.V.		TEL: 2243-1156	

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
100	c/u.	Mascara de resucitador manual N° 1 Ofrecen: Mascarilla anatomica N° 1 descartable para Resucitador Manual Marca: Vadi Medical Origen: Taiwan Vencimiento: No menor de 18 meses	\$ 4.90	\$ 490.00
100	c/u.	Mascara de resucitador manual N° 2 Ofrecen: Mascarilla anatomica N° 2 descartable para Resucitador Manual Marca: Vadi Medical Origen: Taiwan Vencimiento: No menor de 18 meses	\$ 4.90	\$ 490.00
75	c/u.	Mascara de resucitador manual No 3 Ofrecen: Mascarilla anatomica No 3 descartable para resucitador manual Marca: Vadi Medical Origen: Taiwan Vencimiento: No menor de 18 meses	\$ 4.90	\$ 367.50
75	c/u.	Mascara de resucitador manual No 4 Ofrecen: Mascarilla anatomica No 4 descartable para resucitador manual Marca: Vadi Medical Origen: Taiwan Vencimiento: No menor de 18 meses	\$ 4.90	\$ 367.50

AR  
1 Cotiz.  
No 1173/2021

TOTAL US\$

\$ 1,715.00

(TOTAL EN LETRAS) UN MIL SETECIENTOS QUINCE 00/100 DOLARES

OBSERVACIONES:	
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
TIEMPO DE ENTREGA:	2 DIAS HABILES

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 1011

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

FIRMA DEL TITULAR



13/10/2021

**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:

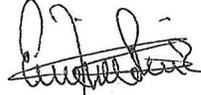
1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS**.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

**ORIGINAL: SUMINISTRANTE**

**COPIA: ALMACEN  
COPIA: UNIDAD FINANCIERA**

**COPIA: U.A.C.I.**



**FIRMA PROVEEDOR**

**OXI-RENT, S. A. de C. V.**

Intersección Av. Jerusalén y Carretera  
Panamericana Hiper Mail Las Cascadas, Local 1  
2o. Nivel Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salv  
Tel: 2243-1156 - Email: oxirent.elsalvador@gmail.com

**SELLO PROVEEDOR**