

**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, 22 de Octubre del 2021 | N° ORDEN:      | 1086 |
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: |                                      | NIT y/o NCR:   |      |
| 8 INFINITO, S.A. DE C.V.                            |                                      | TEL: 2521-7494 |      |

21/10/21  
25 Oct. 21

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN  | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|-------|--|------------------------|--------------------|
| 90       | c/u.  | Catéter toracico recto 22 Fr. Con trocar c/ agujero centinela y linea radiopaca emp. Individ. Est. descart. Ofrecen: Catéter toracico recto con trocar 22 Fr. Con agujero centinela linea radiopáca con escala numerica empaque individual estéril descartable Marca: Promed modelo: PRD2 Origen: Origen: usa-china Vencimiento: No menor a 18 meses | \$ 19.00               | \$ 1,710.00        |

AR  
2 Cotiz.  
No 1118/2021

**TOTAL US\$:**

\$ 1,710.00

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

OBSERVACIONES: USO EN: SALA DE OPERACIONES

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS CALENDARIO

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 1052 CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

FIRMA DEL TITULAR



25/10/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Licda. Mirna Catalina de Henriquez

TELEFONO: 2133-3252

CORREO: mirna.henriquez@salud.gob.sv

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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



SELLO PROVEEDOR