

**HOSPITAL  
NACIONAL DE NIÑOS  
BENJAMIN BLOOM**

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

|  |                                     |  |               |                           |
|--|-------------------------------------|--|---------------|---------------------------|
| Lugar y fecha:                                     | SAN SALVADOR. 25 DE OCTUBRE DE 2021 |  | N°1,108       |                           |
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE |                                     |  |               |                           |
| BIOMEDICA SALVADOREÑA S.A DE C.V.                  |                                     |  | TEL 6191-9582 |                           |
| <b>CANTIDAD</b>                                    | <b>U. M.</b>                        | <b>DESCRIPCIÓN</b>   |               | <b>VALOR TOTAL (US\$)</b> |
| 30   | c/u                                 | Solicitamos: Baterias de 12 V 7 AH<br>Ofrecen: Epecificaciones técnicas ofertadas: Batería de Acido de plomo libre de mantenimiento para UPS<br>Marca: KIJO<br>Modelo: JS12-7<br>Pais de Origen; Taiwan<br>Voltaje: 12V<br>Capacidad: 7 Ah<br>Peso:2,0 Kg.<br>Dimensiones: Largo:152mm, Ancho 65mm alto 94mm<br>Garantía de 1 año. | \$19,50       | \$585,00                  |
| ARACELY<br>5 COTIZ s/c N°.991                      |                                     |  |               |                           |



**TOTAL US\$ 585,00**

QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA 00/100

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>OBSERVACIONES:</b>     | INFORMATICA  |
| <b>LUGAR DE ENTREGA:</b>  | ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS                              |
| <b>TIEMPO DE ENTREGA:</b> | 03 DÍAS HABLES DESPUES DE HABER RECIBIDO ORDEN DE COMPRA |

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

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPESTARIA N° 904

  
**FIRMA DEL TITULAR**  
  
 20/10/2021

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**

**ING. NELSON SIGFREDO AREVALO LOPEZ**

**TELEFONO:** 2132-3252      **CORREO:** nelson.arevalo@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**  


**SELLO PROVEEDOR**

Felipe Dominguez  
 3/11/2021



26/10/21  
 2:50pm