

**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. 12 DE NOVIEMBRE DE 2021 | N° 1,157       |
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE |                                       |                |
| PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V.                 |                                       | TEL. 2200-9700 |

| CANTIDAD                              | U. M. | DESCRIPCIÓN  |            | VALOR TOTAL (US\$) |
|---------------------------------------|-------|--|------------|--------------------|
| 5                                     | C/U   | Solicitamos: Cámara refrigerante para laboratorio<br>Ofrecen: Refrigerador vertical con puerta de vidrio<br>Modelo: P 500 Premiun line.<br>Marca: B. Medical Systems<br>País de Origen: Luxemburgo.<br>Garantía de fabrica 24 meses.<br>NOTA: Mantenimiento preventivo cada 6 meses durante este vigente la garantía de fabrica<br>(Según especificaciones consignadas en la oferta) | \$6,500,00 | \$32,500,00        |
| ARACELY<br>4COTIZ s/c 1,264<br>/ 2021 |       |  |            |                    |

**TOTAL US \$:**

\$32,500,00

TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA 00/100

|                    |   |
|--------------------|---|
| OBSERVACIONES:     | LABORATORIO DE GENÉTICA                                   |
| LUGAR DE ENTREGA:  | ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS                               |
| TIEMPO DE ENTREGA: | 20 DÍAS HABILES DESPUES DE HABER RECIBIDO ORDEN DE COMPRA |

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

|   |
|---|
| CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA N° 1,117  |
| <br>FIRMA DEL TITULAR |

Datos del Administrador de la Orden de Compra:  
 LIC. SONIA CACERES  
 TELEFONO: 2132-6810      CORREO: [sonia.caceres@salud.gob.sv](mailto:sonia.caceres@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<br>COPIA: ALMACEN<br>COPIA: UNIDAD FINANCIERA<br>COPIA: U.A.C.I. | <br>FIRMA PROVEEDOR | <br>SELLO PROVEEDOR |
|--|--|--|

*Aracely*  
2:25 pm  
15/11/21