

**HOSPITAL  
FASMA PEREIRA  
BENJAMIN BLOOM**

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

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

Lugar y fecha:	SAN SALVADOR. 18 DE NOVIEMBRE DE 2021	N°1,186
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE		
JARET NAUN MORAN SORTO		TEL 2225-0951

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL (US\$)	
35	c/u	TABLETA LENOVO 10.1 PULGADAS - TABLETA LENOVO 10.1 PULGADAS -WINDOWS PRO  Sistema Operativo Instalado / Windows 10 Pro Español Batería Tecnología: Litio 39Wh Capacidad de batería 4950-5080mAh / Carga V: 6.0V-8.8V Duración de Carga: Cámara digital 2.0MP Frontal / 5.0MP Trasera Memoria Ram instalado: 4 GB LP-DDR4-2133 Disco duro instalado: SSD - 64 GB Procesador 2.8Ghtz 4MB Gráficos Intel UHD 600 integrados Audio alta definición (HD) Dimensiones (An x Pr x Al) Pad: 249 x 178 x 9,5 mm (9,8 x 7,01 x 0,37 pulgadas) Pantalla Tamaño en diagonal: 10.1 pulgadas (1280x800) IPS de 300 nits brillante, táctil Multi-touch de 10 puntos. Fabricante Procesador: Intel N4020 Conectividad WLAN + Bluetooth 11ac, 1x1 + BT4.2 Puertos estándar 1x conector de alimentación 1x USB-C 3.2 Gen 1 (solo admite transferencia de datos) 1x conector combinado de auriculares / micrófono (3,5 mm)  GARANTÍA 1 AÑO	\$550,00	\$19,250,00

ARACELY  
1 COTIZ s/c  
N° 1.046/2021

<b>TOTAL US \$:</b>			<b>\$19,250,00</b>	
DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA 00/100				

OBSERVACIONES:	INFORMATICA
UGAR DE ENTREGA	ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS
TIEMPO DE ENTREGA	INMEDIATO, 2 DÍAS HABLES DESPUES DE HABER RECIBIDO ORDEN DE COMPRA

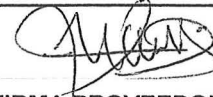

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1	
CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA	N° 1,133
 <b>FIRMA DEL TITULAR</b>	

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:

- 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	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	 <b>SELLO PROVEEDOR</b>
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.		

*Handwritten signature and date:*  
8.10am  
19/11/2021