

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR				
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
UNIDAD DE COMPRAS PUBLICAS				
Lugar y fecha:	San Salvador, 05 de Marzo de 2024		Nº ORDEN:	CP-05-1
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:			NIT y/o NCR:	
SUMINISTROS HOSPITALARIO, S.A. DE C.V. TEL: 2204-4829				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
160	C/U.	ROLLO MIXTO DE PAPEL PARA ESTERILIZAR DE 50 CM X 200 METROS OFERCEN: BOLSAS DE PAPEL GRADO MEDICO PARA ESTERILIZACION CON GAS 50 CM. DE ANCHO Y 200 METROS DE LARGO SELLADO CON CALOR ROLLO MARCA: STERRIMED ORIGEN; CHINA VENCIMEINTO; NO MENOR A 18 MESES FABRICANTE: SAFECARE MEDICAL PRODUCTS, CD LTD VENCIMIENTO: 18 MESES	\$ 115.00	\$ 18,400.00
50	C/U.	ROLLO MIXTO DE PAPEL PARA ESTERILIZAR DE 7.5 CM X 100 A 200 METROS OFERCEN: BOLSAS PARAERILIZAR MIXTA 7.4CMS X 100 MTS. APROX. ROLLO MARCA: STERRIMED ORIGEN; CHINA VENCIMEINTO; NO MENOR A 18 MESES FABBRICANTE : SAFECARE MEDICAL PRODUCTS, CD. LTS VENCIMIENTO: 18 MESES	\$ 12.00	\$ 600.00
TOTAL US \$:				\$ 19,000.00
diecinueve mil dólares con 00/100 centavos de los Estados Unidos				
OBSERVACIONES:	Uso : Central de Esterilización y Arsenal			
LUGAR DE ENTREGA:	Almacen de Insumos Medicos			
TIEMPO DE ENTREGA:	item (1) 80 rollos a 3 días hábiles y 80 rollos a 90 días calendario y item (2) 7 rollos a 3 días hábiles y 43 rollos a 90 días calendario			
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1 AP No 37				
  Dr. Werner Heriberto Rosales Lopez Director Funciones				
Datos del Administrador de la Orden de Compra				
Nombre Licda. Elsy Ibania Alfaro de Romero				
TELEFONO:	2133-3115	CORREO:	elsy.alfaro@salud.gob.sv	
NOMBRE DE TECNICO UCP	Aíma Ramírez de Barahona	Tel. y Ext.	2132-6921	1856

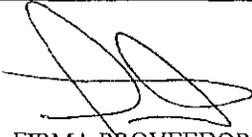
Handwritten mark

Handwritten notes:
07 de marzo - 24
7:45 p.m.

05 MAR 2024


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

ORIGINAL: SUMINISTRANTE COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD FINANCIERA COPIA: UCP	 FIRMA PROVEEDOR	SUMINISTROS HOSPITALARIOS S.A. de C.V. SELLO PROVEEDOR	
Nombre Completo de quien retira la OdC			
Fecha:	06/03/2024	Hora:	3:00 pm