



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.  
 TEL. 2132-6890, FAX 2132-6891



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 477  
 FECHA: 17 de Septiembre del 2018  
 SEÑORES: **SALVAMEDICA, S.A. DE C.V.** Tel: 2246-7200 / Fax: 2519-3253  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.  
 FORMA DE PAGO: CREDITO  
 DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.**  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD        | DETALLE  | U.M  | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 2               | Cánula de traqueostomía No 4.0 Ofrecen: Cánula de traqueostomía shiley para paciente pediátrico, con numero de referencia 4.0 ped sin balón diámetro interno de 4.0 mmm y diámetro externo de 5.9 mm empaque individual estéril Marca: Covidien / Shiley/ Medtronic Origen: México /Estados Unidos | c/u. | \$ 50.00        | \$ 100.00    |
| 4               | Cánula de traqueostomía No 4.5 Ofrecen: Cánula de traqueostomía shiley para paciente pediátrico, con numero de referencia 4.5 ped sin balón diámetro interno de 4.5 mmm y diámetro externo de 5.9 mm empaque individual estéril Marca: Covidien / Shiley/ Medtronic Origen: México /Estados Unidos | c/u. | \$ 50.00        | \$ 200.00    |
|                 | Total.....   |      |                 | \$ 300.00    |
| AR.<br>2 cotiz. | <b>NIT:</b><br>Vencimiento: No Menor a dos años<br>Tiempo de entrega: <b>Inmediata</b><br>Uso en: Sala de Operaciones<br>S/C: 264  |      |                 |              |

*Recibido por 18/09/2018 3:08 PM*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

- 1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén**
- 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

| ESPECIFICO | VALOR     | FECHA    | FIRMA              |
|------------|-----------|----------|--------------------|
| 54113      | \$ 306.00 | 20/09/18 | <i>[Signature]</i> |
|            |           |          |                    |
|            |           |          |                    |
|            |           |          |                    |



*11/10/2018*  
  
 ADMINISTRACION