



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNIDOS CRECEMOS TODOS

**ORDEN DE COMPRA NO. EC-384**

FECHA: 21 DE AGOSTO DEL 2018

SEÑORES: NIPRO MEDICAL CORPORATION SUC. EL SALVADOR

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

TEL. 2243-2678

FAX. 2243-2543

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
13,290	AGUJAS DESCARTABLES 18x1 1/2 EMP. INDIVIDUAL ESTERIL MARCA: NIPRO, ORIGEN: JAPON/BRASIL/CHINA/TAILANDIA VENC. 2 AÑOS, (2 Cotiz.)	C/U.	\$0.02	\$265.80 ✓
4,420	AGUJAS DESCARTABLES 20x1 1/2 EMP. INDIVIDUAL ESTERIL MARCA: NIPRO, ORIGEN: JAPON/BRASIL/CHINA/TAILANDIA VENC. 2 AÑOS, (1 Cotiz.)	C/U.	\$0.03	\$132.60 ✓
6,825	AGUJAS DESCARTABLES 21x1 1/2 EMP. INDIVIDUAL ESTERIL MARCA: NIPRO, ORIGEN: JAPON/BRASIL/CHINA/TAILANDIA VENC. 2 AÑOS (2 Cotiz.)	C/U.	\$0.02	\$136.50 ✓
10,725	AGUJAS DESCARTABLES 22x1 1/2 EMP. INDIVIDUAL ESTERIL MARCA: NIPRO, ORIGEN: JAPON/BRASIL/CHINA/TAILANDIA VENC. 2 AÑOS (3 Cotiz.)	C/U.	\$0.02	\$214.50 ✓
13,650	AGUJAS DESCARTABLES 23X1" EMP. INDIVIDUAL ESTERIL MARCA: NIPRO, ORIGEN: JAPON/BRASIL/CHINA/TAILANDIA VENC. 2 AÑOS, (2 Cotiz.)	C/U.	\$0.02	\$273.00 ✓
	TOTAL .....			\$1,022.40 ✓
ENTREGA: 2-4 DIAS HABILES USO EN: HOSPITALIZACION Solic. NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE IM-40-614 DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. mep/				

*23/08/18  
5:47pm*

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
23/8/18		\$1,022.40	54113	
				23/8/18  ADMINISTRACIÓN