

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



MINISTERIO  
 DE SALUD

**ORDEN DE COMPRA NO. 681**

FECHA: 04 DE SEPTIEMBRE DE 2019  
 SEÑORES: SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V. NIT: 0614-240498-103-0  
 FACTURAR A NOMBRE DE HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2235- 5700 CORREO: suplidoresdiversos@hotmail.com  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
300	<p>SOLICITAMOS: TUBO ENDOTRAQUEAL N° 6.5 CON GLOBO DE ALTO VOLUMEN BAJA PRESION</p> <p>OFRECEN: TUBO ENDOTRAQUEAL PLASTICO RADIOPACO, GLOBO DE ALTO VOLUMEN Y BAJA PRESION, 6.5 MM DIAMETRO, CON AGUJERO CENTINELA EMPAQUE INDIV ESTERIL, DESCARTABLE.</p> <p>MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA            VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS.            SOLICITUD N°: 448/2019            ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 0.78	\$234.00
12	<p>SOLICITAMOS: SONDAS P/DRENAJE URINARIO D/ LATEX C/BALON 5-15CC, 2V.C/VALV.P/JERINGA LUER LOCK, NO.16 TIPO FOLEY.</p> <p>OFRECEN: SONDAS P/DRENAJE URINARIO DE LATEX CON BALON 5-15CC, 2V.CON VALVULA.PARA JERINGA TIPO LUER LOCK,CALIBRE 16 FR TIPO FOLEY, EMPAQUE</p> <p>MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA            VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS            SOLICITUD N°: 448/2019            ENTREGA: 20 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 0.79	\$9.48
10,910	<p>SOLICITAMOS: TAPON DE CIERRE CON TOMA DE INYECCION LUER LOCK, EMP. INDIV. ESTERIL (SELLO DE HEPARINA)</p> <p>OFRECEN: TAPON DE CIERRE CON TOMA DE INYECCION LUER LOCK, EMP. INDIV. ESTERIL (SELLO DE HEPARINA)</p> <p>MARCA: EVERGRAND; ORIGEN: CHINA            VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS            SOLICITUD N°: 448/2019            ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 0.05	\$545.50
TOTAL .....				\$ 788.98
USO EN: SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE				
HC.	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*[Handwritten signature]*  
 6/09/19




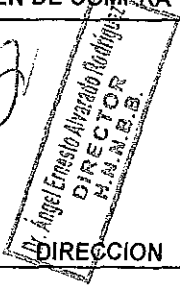
NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

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

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
09/09/19		\$ 788.98	54113	   DIRECCION