



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. 683

FECHA: 04 DE SEPTIEMBRE DE 2019

SEÑORES: DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.

NIT: 0614-300794-103-7

FACTURAR A NOMBRE DE HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2208-5612

CORREO: dipromequi@gmail.com

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
300	<p>SOLICITAMOS: SONDA PARA DRENAJE URINARIO, C/BALON 3-5CC.2V C/VAL. P/JERINGA TIPO LUER LOCK, CALIB. 8 FR.TIPO FOLEY.</p> <p>OFRECEN: SONDA PARA DRENAJE URINARIO,C/BALON 3 CC 2V, C/VAL.P/ JERINGA TIPO LUER LOCK, CALIBRE 8FR, TIPO FOLEY..</p> <p>MARCA: RUSCH; ORIGEN: MALASIA</p> <p>VENCIMIENTO: NO MENOR A 2 AÑOS.</p> <p>ENTREGA: 150 UNIDADES DE 1 A 5 DIAS HABILES Y EL RESTO 15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 3.75	\$1,125.00
150	<p>SOLICITAMOS: SONDA NELATON 8FR EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DES CART.</p> <p>OFRECEN: SONDA NELATON 8FR EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DES CART.</p> <p>MARCA: MEDEX; ORIGEN: COLOMBIA</p> <p>VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS</p> <p>ENTREGA: DE 1 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 0.40	\$60.00
190	<p>SOLICITAMOS: VENDA ORTOPEDICA, TIPO ESTOQUINETE, 2" X25 YDS.ROLLO</p> <p>OFRECEN: VENDA ORTOPEDICA, TIPO ESTOQUINETE, 2" X 25 YARDA, ROLLO</p> <p>MARCA: NINATEX; ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS</p> <p>ENTREGA: DE 1 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 5.00	\$950.00
	TOTAL			\$ 2,135.00
HC.	<p>USO EN: SERVICIO DE HOSPITALIZACION</p> <p>NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.</p>			

[Handwritten signature]
 06/09/19

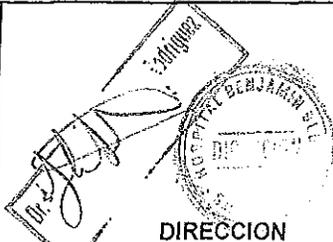
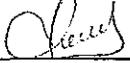
NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

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		\$ 2,135.00	54113	