

GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCION	IAL (UACI)	
	San Salvador, 16 de Febrero del 2021	N° ORDEN:	147
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
D	IPROMEQUI, S.A. DE C.V. TEL: 2208-5612		
U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
c/u.	Canula nasal para adulto Marca: medstar Origen: China Vencimiento: NO menor de 2 años		\$ 108.00
	TOTAL US \$:		\$ 108.00
RAS)	CIENTO OCHO 00/100 DOLARES		
NES:	USO EN: CENTRO NACIONAL DE RADIOTERAPIA		
REGA:	ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS		
REGA:	1 a 5 DIAS HABILES		
	U. M. C/U. RAS) NES:	San Salvador, 16 de Febrero del 2021 NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: DIPROMEQUI, S.A. DE C.V. TEL: 2208-5612 U. M. DESCRIPCIÓN C/U. Canula nasal para adulto Marca: medstar Origen: China Vencimiento: NO menor de 2 años TOTAL US \$: RAS) CIENTO OCHO 00/100 DOLARES NES: USO EN: CENTRO NACIONAL DE RADIOTERAPIA REGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS	NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: DIPROMEQUI, S.A. DE C.V. TEL: 2208-5612 U. M. DESCRIPCIÓN PRECIO UNITARIO (US\$) C/U. Canula nasal para adulto Marca: medstar Origen: China Vencimiento: NO menor de 2 años TOTAL US \$: RAS) CIENTO OCHO 00/100 DOLARES NES: USO EN: CENTRO NACIONAL DE RADIOTERAPIA REGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

FIRMA DEL TITULAR

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE:

Lic. Cesar Alfredo Lemus Cruz

TELEFONO:

2132-6837

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA Nº 123

CORREO:

bodegamed@hospitalbloom.gob.sv

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

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

ORIGINAL: SUMINISTRANTE

COPIA: ALMACEN

COPIA:UNIDAD FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.

FIRMA PROVEEDOR

SELLO PROVEEDOR