



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 826

FECHA: 10 de Septiembre del 2014

SEÑORES: DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.

Tel: 2208-5612 / Fax: 2208-5610

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 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------|
| 60 | Tubo endotraqueal No 5.5 mm Diámetro Transparente, con ojo Murphy, agujero y linea centinela radiopaca, sin balón , con escala, emp. Ind. Estéril descartables Termosensibles con bordes lisos para disminuir el trauma Marca: Rusch Origen: Usa/Malasia/Alemania (1 cotiz.) Total..... | c/u. | \$ 1.50 | \$ 90.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 0614-300794-103-7 Vencimiento: No menor de 2 años Tiempo de entrega: 1 a 6 días Hábiles Uso en: Servicios de Hospitalización S/C: IM-80 | | | \$ 90.00 |

*2/16/2014
16/09/14
3:57pm*

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

- 2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- 3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 4. 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 proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera
 Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA | |
|------------|---------|---------|--------------------|------------------------------------------|
| 54113 | \$90.00 | 17/9/14 | <i>[Signature]</i> | <i>17/9/14</i> ADMINISTRACION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |