

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

	CODETLY M	LOYONIA D	C NISTOO HODDLIAA	TALDE COARLO	MOLYXILD	OD
н			E NIÑOS "BENJAM			OR
	•		COMPRA DE BIENI			
	ı	UNID	AD DE COMPRAS F	UBLICAS		or you think the
Lugar y fecha:			or, 09 de febrero de 202		N° ORDEN:	CD-07-05
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:					NIT y/o NCR:	
IMPROMEDIC S.A. DE C.V. TEL. 2270-5055 Y 7942-5761						
CANTIDAD	U. M.		DESCRIPCIÓN		PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
720	c/u	PLEURA RETENC D SISTEMA EMPA DESCA DRENTEC TORÁCI C/LOCK-IN IM00320 REDA Presentaci Origen: ITA DE INSU	ECTOR PARA DREY TÓRAX, CON VA DE TRIPLE CÁMAR A DE AUTOTRANS QUE INDIVIDUAL ARTABLE Nombre of H DUNE-UNIDAD CO CON 3 CAMAR N Modelo: 10113 Reg 06012022 Laboratorio X S.P.A Marca: RED ión del producto: 1 u LLIA Lugar de Entreg MOS MÉDICOS Ventenor a 24 meses(ITE	ALVULA DE A (2-3) L, SIN FERENCIA, ESTERIL, comercial: DE DRENAJE AS A SECO gistro sanitario: DE Fabricante: DAX S.P.A nidad País de ga: ALMACÉN ncimiento No	\$ 76.80	\$55,296.00
j je se sa daje i	1 354 1 4 3 5 34	<u> </u>	•		l a significant	#55.006.00
			in the second			
Cincuenta y cinco mil doscientos noventa y seis dolares de los Estados Unidos de America 00/100 centavos OBSERVACIONES: CARTA COMPROMISO DE CALIDAD DE LOS BIENES NOTARIADA						
						<u>`</u>
		ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS DEL HOSPITAL 2 Entregas: 1º Entrega: 100 Unidades de entrega inmediata				
TIEMPO DE	ENTREGA:		ega 620 Unidades a 60 días calendario.			
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1 -54113-CF- 061						
Dr. Angel Expesto Alvarado Rodvigueza						
		Datos del A	dministrador de la C	rden de Compra	, , ,	
Nombre: Lic	da. Claudia F		De Maldonado, Jefa de	-		
TELEFONO:	774	6 8339 / 2132-	6902 CORREC): <u>claudia.carp</u>	io@salud.gob	.sv
NOMBRE DE	TECNICO UCP	LICDA.	TATIANA MENDOZA	Tel. y Ext.	2132-6888	1855
NOTA: Sr. Pi	royeedor, al rec	ibir esta ORDI	EN DE COMPRA se req	uiere el cumplimier	ito de lo siguier	ite:
1			stablecido 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						
	: SUMINISTI		1			
COPIA: ALMACEN						
1	IDAD FINAN	ICIERA	L ALM			
COPIA: UC			FIRMA PROVEEDOR SELLO PRO		ROVEEDOR	
7.1						
r-cona:			109/02/24	1110141	111100	CHIVA.

