



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 550
 FECHA: 13 de Julio del 2015
 SEÑORES: JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V Tel: 2227-4600 / Fax: 2227-4466
 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 |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------------------------|
| 17,000 | Catéter Intravenoso No 24 x ¾ presentación: Caja x 50 Unid. Marca: Sensimedical Origen: India Total..... | c/u. | \$ 0.20 | \$ 3,400.00 \$ 3,400.00 |
| AR. 3 cotiz. | NIT: 9741-080210-101-8 Vencimiento: No menor a 2 años Tiempo de entrega: 5 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-67 | | | |

Handwritten notes:
 20/14/107/1015
 3:27 PM

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**
- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DÚPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
- 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 | FRMA | |
|------------|-----------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| 54113 | \$3,400.- | 15/Julio/2015 | <i>[Signature]</i> | 15/7/2015 ADMINISTRACION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |