



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



ORDEN DE COMPRA

(Reposición por Modelo de Producto)

N° 565

FECHA: 16 de Julio del 2015

SEÑORES: INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

Tel: 2234-3200/ Fax: 2235-7822

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
4	Cánula CPAP Nasal para Neonato NO 0 descartable Marca: Hudson Teleflex Modelo: 1690 Origen: USA/México	c/u.	\$ 20.00	\$ 80.00
4	Cánula CPAP Nasal para Neonato NO 2 descartable Marca: Hudson Teleflex Modelo: 1692 Origen: USA/México	c/u.	\$ 20.00	\$ 80.00
	Total.....			\$ 160.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-220277-002-3 Garantía: Contra desperfectos de fabricación Tiempo de entrega: 5 días hábiles Uso en: UCIN S/C: 81			

Handwritten signature and date: 23/07/15 2:52 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

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	\$ 160.00	23/7/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



Handwritten date: 23/7/2015
Handwritten signature and stamp: ADMINISTRACION