



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 567  
 FECHA: 16 de Julio del 2015  
 SEÑORES: **OXI-RENT, S.A. DE C.V.** Tel: / Fax: 2243-1156  
 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 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------|
| 25              | Set de Diafragma para Circuito de alta frecuencia sensor Medic 3100A Ofrecen: Diaframa para circuito presentación: Bolsita con tres unidades cada una Marca: CareFusión Origen: México Total..... | c/u. | \$ 78.00        | \$ 1,950.00  |
| AR.<br>1 cotiz. | NIT: 9483-301007-101-1<br>Vencimiento: Pendiente<br>Tiempo de entrega: <b>2 días Hábiles</b><br>Uso en: UCIN<br>S/C: 79                                                                           |      |                 | \$ 1,950.00  |


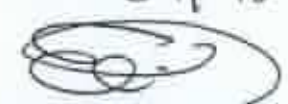
*20/07/15*  
*9:11 AM*

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 **DUPLICADO 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   | FIRMA              |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|------------|---------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 54113      | \$1,950.00 | 20/7/15 | <i>[Signature]</i> | <br><i>21/7/2015</i><br><br>ADMINISTRACION |
|            |            |         |                    |                                                                                                                                                                                                                      |
|            |            |         |                    |                                                                                                                                                                                                                      |
|            |            |         |                    |                                                                                                                                                                                                                      |
|            |            |         |                    |                                                                                                                                                                                                                      |