



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP-173

FECHA: 14 de Octubre del 2015

SEÑORES: SALVAMEDICA, S.A. DE C.V.

Tel: 2246-7204 / Fax: 2130-5641

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 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------|
| 10 | Cánula de Traqueostomia No 3.5 Ofrecen: Cánula de traqueostomia shiley para paciente pediátrico, con Número de referencia 3.5 Ped. Sin balón, diámetro interno de 3.5 mm y diámetro externo de 5.2 mm empaque individual estéril Marca: Covidien Origen: Mexico Total..... | c/u. | \$ 46.59 | \$ 465.90 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 0614-290311-105-5 Vencimiento: 2016-06 Tiempo de entrega: 5 und. entrega inmediata y 5 a 45 días Calendario Uso en: Sala de Operación S/C: 937 | | | \$ 465.90 |

14/10/15
8:14/2015

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 | \$ 465.90 | 14/10/15 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



15/10/2015
[Signature]

ADMINISTRACION