



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



ORDEN DE COMPRA

(Reposición por entrega parcial)

Nº 604

FECHA: 22 de Julio del 2015

SEÑORES: NIPRO MEDICAL CORPORATION

Tel: 2243-2678 / Fax: 2243-2543

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 |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 1,225 | Aposito descartables transparente 6 x 7 Ofrecen: Aposito descartable transparente 7.2 x 5 cms. Marca: IHT Origen: España Total..... | c/u. | \$ 0.22 | \$ 269.50 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 9450-220296-101-4 Vencimiento: Mínimo 2 años Tiempo de entrega: 2-4 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-69 | | | \$ 269.50 |

D. Baccu 20/07/15 2:10pm

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 | \$269.50 | 20/7/15 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



[Signature]
ADMINISTRACION
 SUBDIRECTOR, H. N. B. B.
 J.V.P.M. No. 1876