



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 625
 FECHA: 14 de Agosto del 2015
 SEÑORES: **DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.** Tel: 22085612 Fax: 2208-5610
 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
36	Venda ortopédica Tipo estoquinete de 2" X 25 yardas, rollos Marca: Protec Origen: Mexico (3 cotiz.)	c/u.	\$ 8.50	\$ 306.00
6	Venda ortopédica Tipo estoquinete de 4" X 25 yardas, rollos Marca: Protec Origen: Mexico (2 cotiz.)	c/u.	\$ 12.50	\$ 75.00
	Total.....			\$ 381.00
AR. 3 cotiz.	NIT: 0614-300794-103-7 Vencimiento: No menor de 2 años Tiempo de entrega: 1-5 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-49			

Handwritten: 20/15/08/017 2:59pm

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	\$881.00	20/8/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



Handwritten: 20/8/2015

Handwritten Signature
 ADMINISTRACION