



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 659
 FECHA: 10 de Septiembre 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 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------|
| 300 | Bajalengua de Madera superficie lisa ¼" X 6" Descartable (Caja x 100 Unidades) Marca: Sin Marca Origen: China Total..... | c/u. | \$ 1.15 | \$ 345.00 |
| | | | | \$ 345.00 |

AR. 3 cotiz.
 NIT: 0614-300794-103-7
 Vencimiento: Sin Vencimiento
 Tiempo de entrega: 1-5 días Hábiles
 Uso en: Servicio de Hospitalización
 S/C: IM-80

*200000
14/09/2015
12:46pm*

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 | \$ 345.00 | 18/9/15 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

21/9/2015

 ADMINISTRACIÓN