



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP-282

FECHA: 24 de Noviembre del 2015

SEÑORES: **SISTEMAS BIOMEDICOS, S.A. DE C.V.**

Tel: 2526-8999/ Fax: 2526-8989

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 |
|-----------------|---|------|-----------------|--------------|
| 2 | Medidores de profundidad para tornillo canulado synthes Marca: Synthes Origen: Suiza Total..... | c/u. | \$ 328.00 | \$ 656.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 0614-210305-103-8 Garantía: No aplica Tiempo de entrega: 30 días hábiles Uso en: Servicio de Ortopedia S/C: 1009 | | | |

24/11/15 1:49pm

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 | \$ 656.00 | 25/11/15 | <i>[Signature]</i> |  <i>25/11/2015</i>  ADMINISTRACION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |