



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 727

FECHA: 14 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|------------------------|
| 500 | Adhesivo Quirúrgico de papel Microporoso Hipoalergenico 3" X 10 Yards, Rollo Marca: Motex /Ecopore Total..... | c/u. | \$ 1.45 | \$ 725.00 \$ 725.00 |
| AR. 2 cotiz. | NIT: 0614-300794-103-7 Vencimiento: Un año Tiempo de entrega: 1-5 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-81 | | | |

Handwritten signature and date: 8/10/15

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 | \$725.00 | 8/10/15 | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Handwritten date: 8/10/2015

ADMINISTRACION