



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 810

FECHA: 29 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                 |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|------------------------------|
| 600             | Venda de gasa de 4" X 10 yardas empaque individual rollo, con bordes de acabado que no deshile Marca: Sunlight Origen: China<br>Total..... | e/u. | \$ 0.47         | \$ 282.00 ✓<br><br>\$ 282.00 |
| AR.<br>1 cotiz. | NIT: 0614-300794-103-7<br>Vencimiento: No Menor de 2 años<br>Tiempo de entrega: 1-8 días Hábiles<br>Uso en: Sala de Operación<br>S/C: 729  |      |                 |                              |

*2 papeles 30/09/15 9:58 AM*

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              |                                                                                                                                                                                                              |
|------------|-----------|----------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 54 113     | \$ 282.00 | 01/10/15 | <i>[Signature]</i> | <br>5/10/2015<br><br>ADMINISTRACION |
|            |           |          |                    |                                                                                                                                                                                                              |
|            |           |          |                    |                                                                                                                                                                                                              |
|            |           |          |                    |                                                                                                                                                                                                              |
|            |           |          |                    |                                                                                                                                                                                                              |