



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



**ORDEN DE COMPRA**

**Nº 131**  
 FECHA: 8 de Febrero del 2016  
 SEÑORES: **PROVEEDORES QUIRURGICOS, S.A. DE C.V.** Tel: 2223-1879/ Fax: 2564-3795  
 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
2,000	Sonda Foley No 12 desc. est. Luer Lock Marca: Channelmed Origen: China/otros Total.....	c/u.	\$ 0.89	\$ 1,780.00  \$ 1,780.00
AR. 3 cotiz.	<b>NIT: 0614-160703-101-5</b> Vencimiento: Mínimo 18 meses Tiempo de entrega: 1-3 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización <b>S/C: IM-16</b>			

2/2016  
 17/02/16  
 9:12 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**

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS**.
- 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	\$1,780.00	17/02/16	<i>[Handwritten Signature]</i>



*[Handwritten Signature]*  
 ADMINISTRACION

18/2/2016