



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 386
 FECHA: 11 de Mayo del 2016
 SEÑORES: **INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** Tel:2234-3200 / Fax: 2235-7822
 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 |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 1 | Set de Diagnostico Modular de Pared completo Marca: ADC Modelo: 5610L-37W Origen: Alemania/USA Código: 14 12 9772 Total..... | c/u. | \$ 1,035.00 | \$ 1,035.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: Garantía: 2 años contra desperfectos de fabrica Tiempo de entrega: 5 al 10 días hábiles Uso en: Servicio por Contrato S/C: 435 | | | |

Handwritten note:
 12/05/16
 J.S. Dupm

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 | \$ 1,035.00 | 13/05/16 | | ADMINISTRACION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |