



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 456
 FECHA: 3 de Junio del 2016
 SEÑORES: **NIPRO MEDICAL CORPORATION** Tel: 2243-2678 / Fax: 2243-2543
 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 |
|-----------------|---|-----|-----------------|--------------|
| 300 | Filtro de acetato 1.3 mts. Para hemodiálisis Ofrecen: Filtro de acetato 1.3 mts. Para hemodiálisis Marca: Nipro origen: Japón Total..... | c/u | \$ 22.00 | \$ 6,600.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: Vencimiento: 18 meses Tiempo de entrega: 2-4 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-42 | | | \$ 6,600.00 |

8 Fax de los 10:30 a las 4:30 pm.

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.D.E 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. a 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 | \$ 6,600.00 | 09/06/16 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

[Signature]

ADMINISTRACION

Dr. Héctor Guillermo Lara Torres
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.
 J.V.P.M. No. 1876