



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 459
 FECHA: 3 de Junio del 2016
 SEÑORES: JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V Tel: 2227-4600 / Fax: 2227-4466
 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|----------------------------|
| 4,500 | Infusor intravenoso graduado con microgotero presentación: empaque individual estéril Marca: Sensimedical Origen: China Total..... | c/u. | \$ 0.46 | \$ 2,070.00 \$ 2,070.00 |
| AR. 3 cotiz. | NIT: Vencimiento: No menor a 2 años Tiempo de entrega: 5 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-42 | | | |

*2 cotizaciones
07/06/16
8:47 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 el nombre y número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|------------------------|--------|--------------------|
| 54113 | \$2,070. ⁰⁰ | 9/6/16 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



9/6/2016
[Signature]
 ADMINISTRACION