



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 463
 FECHA: 3 de Junio 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|--------------|
| 150 | Máquinas de afeitar doble hoja, descartable Marca: Channelmed Origen: China Total..... | c/u. | \$ 0.37 | \$ 55.50 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: Vencimiento: Mínimo 18 meses Tiempo de entrega: 1-5 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-42 | | | \$ 55.50 |

2/06/16 09:10c/1016 10:36am

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. En caso 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 | \$ 55.50 | 09/06/16 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9/6/2016

 ADMINISTRACION