



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



### ORDEN DE COMPRA RP-84

FECHA: 24 DE JUNIO DE 2016

**SERVICIOS QUIRURGICOS**

SEÑORES:

**DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2228-5666 FAX: 2228-3237**

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

Horario de Recepción en Almacén de 7:30 am a 1:30 am. y de 1:30 pm a 3 pm

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD   | DETALLE   | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL      |
|------------|---|------|-----------------|-------------------|
| 10         | ARCHITEC HEPATITIS B. ( 2 COT.)   | SET  | \$310.00        | \$ 3,100.00       |
| 10         | ARCHITECT HEPATITIS C. ( 2 COT.)  | SET  | \$538.00        | \$ 5,380.00       |
|            | MARCA: ABOOTT. ORIGEN: USA/IRLANDA/ALEMANIA   |      |                 |                   |
|            | TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DEL AREA   |      |                 | \$ -              |
|            | SOLICITUD: 647/2016, ARI 87/2016  |      |                 |                   |
|            | USO: LABORATORIO CLINICO  |      |                 |                   |
|            | Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA. |      |                 |                   |
| <b>SO.</b> |   |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$8,480.00</b> |

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

| FECHA    | VALOR      | ESPECIFICO | FIRMA |                               |
|----------|------------|------------|-------|-------------------------------|
| 07/17/16 | \$8,480.00 | 34113      |       | <br><br><b>ADMINISTRACIÓN</b> |

Dr. Hector Guillermo Lara Torres  
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.  
 J.V.P. 16/06/2016