



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RPI-19

FECHA: 27 de Septiembre 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
3	Catéter Blando de dos almohadillas en espiral de 41 cms. de 15Fr. Marca: Biometrix Origen: Israel/ Otros Total.....	c/u.	\$ 109.00	\$ 327.00
AR. 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: <b>Mínimo 2 años</b> Tiempo de entrega: 1-7 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-63			\$ 327.00

10/10/16  
2:03 PM  
7/10/16

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

**1. Sr. Proveedor adjunto a la factura debe presentar la declaración Jurada firmada por el representante legal según el formato que se adjunta a la orden de compra y 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  
 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	\$327.00	10/10/16	<i>C. Paul</i>	 11/10/2016  ADMINISTRACION