



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RPI-30

FECHA: 27 de Septiembre del 2016

SEÑORES: JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

Tel: 2227-4666 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
9,000	Infusor intravenoso c/ bureta graduada 100-140 y Microgotero ( 60 gota/ ml), emp Est. desc. Marca: Sensimedical Origen: China Total.....	c/u.	\$ 0.55	\$ 4,950.00
AR. 2 cotiz.	NTT: Vencimiento: No menor de 2 años Tiempo de entrega: 8 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-63			\$ 4,950.00

*2/2016  
30/09/16  
3859pm*

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
50113	\$4,950.00	04/10/16	<i>C. Paul</i>

5/10/2016  
  
 ADMINISTRACION