



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-42

FECHA: 27 de Septiembre del 2016

SEÑORES: **DISTRIBUCION E INVERSION, S.A. DE C.V.**

Tel: 2263-0029 / Fax: 2264-5945

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
10	Rollo de bolsas para esterilizar mixta 50 cm. x 200 mts. (18" x 183 yds.) Marca: PMG Origen: Mexico Total.....	c/u.	\$ 135.00	\$ 1,350.00
AR. 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: sin Tiempo de entrega: 5 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-66			\$ 1,350.00

Handwritten notes:
 30/09/2016
 2:51 PM

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
5413	\$1,350.00	06/10/16	<i>[Signature]</i>

Handwritten: 6/10/2016
Signature
 ADMINISTRACION