



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-43

FECHA: 27 de Septiembre del 2016

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

Tel: 2227-4600 / 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.
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
130	Sonda p/ drenaje urinario c/ balón 3-5 cc 2V/ val pa/ jeringas tipo luer lock calibre 8 Fr. Tipo Foley Presentación: Marca: Sensimedical Origen: China	c/u.	\$ 0.60	\$ 78.00
100	Sonda p/ drenaje urinario c/ balón 3-5 cc 2V/ val pa/ jeringas tipo luer lock calibre 12 Fr. Tipo Foley Presentación: Marca: Sensimedical Origen: China	c/u.	\$ 0.60	\$ 60.00
10	Sonda p/ drenaje urinario c/ balón 3-5 cc 2V/ val pa/ jeringas tipo luer lock calibre 16 Fr. Tipo Foley Presentación: Marca: Sensimedical Origen: China	c/u.	\$ 0.60	\$ 6.00
	Total.....			\$ 144.00

27/09/2016 4:26 PM

AR. 1 cotiz. NIT:
 Vencimiento: No menor a 2 años
 Tiempo de entrega: 8 días hábiles
 Uso en: Servicio de Hospitalización
 S/C: IM-66

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	\$144.00	04/10/16	<i>C. Juel</i>

5/10/2016



ADMINISTRACION