



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RPI-44

FECHA: 27 de Septiembre del 2016

SEÑORES: APAMO, S.A. DE C.V.

Tel: 2566-7700 Fax: 2566-7791

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
18	Sonda Nelatón No 8 Sonda plásticas transparente tipo Nelatón 8 Fr 40 cms. empaque individual estéril descartable Marca: Dynarex Origen: China (1 cotiz)	c/u.	\$ 0.59	\$ 10.62
30	Sonda Nelatón No 10 Sonda plásticas transparente tipo Nelatón 10 Fr 40 cms. empaque individual estéril descartable Marca: Dynarex Origen: China (1 cotiz)	c/u.	\$ 0.59	\$ 17.70
30	Sonda Nelatón No 12 Sonda plásticas transparente tipo Nelatón 12 Fr 40 cms. empaque individual estéril descartable Marca: Dynarex Origen: China	c/u.	\$ 0.59	\$ 17.70
	Total.....			\$ 46.02
AR. 1 cotiz.	<b>NIT:</b> <b>Vencimiento: Mínimo 2 años</b> Tiempo de entrega: 2-3 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-66			

*2 copias  
 14/10/16  
 6:32pm*

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	\$ 46.02	24/10/16	<i>[Signature]</i>

24/10/2016

*[Signature]*  
 ADMINISTRACION