



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-56

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.**
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
40	Sistema de drenaje ventrículo peritoneal media presión set, tipo válvula de pudenz ped. Emp indiv. Marca: Chabbras Origen: India Total.....	c/u.	\$ 141.00	\$ 5,640.00
AR. 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: 18 meses Tiempo de entrega: 1-7 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-63			\$ 5,640.00

Handwritten signature and date: 2016/09/16 5:37 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
54113	\$5,640.-	7-09-2016	<i>[Handwritten Signature]</i>

[Handwritten Signature]

 ADMINISTRACION

[Handwritten date stamp: 2016/09/16 5:37 PM]