



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR,, EL SALVADOR, C. A.
TEL. 2132-6890, FAX 2132-68-91

URGENTE

ORDEN DE COMPRA

REFUERZO

Nº 297

FECHA: 26 de Octubre del 2012.

SEÑORES: **NIPRO MEDICAL CORPORATION**

Tel: 2289-0808 Fax: 2289-0810

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|----------------------------------|
| 1,000 | Guantes para examen T/S, caja x 100 unidades Marca: Nipro Origen: Malasia Total..... | caja | \$ 4.35 | \$ 4,350.00 ✓ \$ 4,350.00 |
| AR. 7 cotiz. | NIT: 9450-220296-101-4 Vencimiento: Minimo 2 años Tiempo de entrega: 2-4 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-78 | | | |

*Recibido
26/10/12
1:46pm*

Nota, Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**

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 HSBC indicando el Nombre y Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|------------|-----------|--------------------|
| 54/13 | \$ 4,350.- | 26/10/12. | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



26/10/2012

[Signature]

ADMINISTRACION