



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 303

FECHA: 29 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 |
|-----------------|--|------|-----------------|----------------------|
| 120 | Agujas para fistula arteriovenosa para hemodiálisis No 16 X 1 ¼ Marca: Nipro Origen: Japon/Tailandia/Brasil Total..... | c/u. | \$ 0.70 | \$ 84.00 \$ 84.00 |
| AR. 1 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-90 | | | |

Handwritten notes:
2/10/12
3/10/12
12-03/12

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.

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 HSBC indicando el Nombre y Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Handwritten signature and date:
5/11/2012

ADMINISTRACION