



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP-69

FECHA: 10 de Febrero del 2017

SEÑORES: OXI-RENT, S.A. DE C.V.

Tel: / Fax: 2243-1156

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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 |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 60 | Bolsas Resucitadoras tamaño Pediátrico Ofrecen: Bolsas de resucitación Pediátrico Rehusable Marca: Vadi Medical Origen: Taiwan Total..... | c/u. | \$ 45.00 | \$ 2,700.00 |
| AR. 3 cotiz. | NIT: Vencimiento: Tiempo de entrega: 20 día hábiles Uso en: UCIN Y NEONATOS S/C: 27 | | | \$ 2,700.00 |

Handwritten notes:
 2
 18/10/2017
 1:07 PM

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 via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y

Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|------------|----------|--------------------|
| 54113 | \$2,700.00 | 20/13/17 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

31/3/2017



[Signature]
 ADMINISTRACION