



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RPI-140

FECHA: 21 de Octubre 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.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
40	Catéter Intravenosos de doble Lumen 4 Fr. De 10-13 cm. emp. Ind. Desc. Marca; Arrow Origen: USA Total.....	c/u.	\$ 43.00	\$ 1,720.00
AR. 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: 18 meses Tiempo de entrega: 1-7 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-63			\$ 1,720.00

*Handwritten notes:*  
 25/10/2016  
 2338820

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

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 1720.-	26-Oct-2016	<i>[Signature]</i>

*Handwritten:* 26/10/2016  
*[Signature]*  
 ADMINISTRACION

