



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-151

FECHA: 21 de Octubre del 2016

SEÑORES: JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

Tel: 2227-4666 Fax: 2227-4466

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
4,500	Infusor intravenoso c/ bureta graduada 100-140 y Microgotero (60 gota/ ml), emp Est. desc. Marca: Sensimedical Origen: China Total.....	c/u.	\$ 0.52	\$ 2,340.00
AR. 2 cotiz.	NTT: Vencimiento: No menor de 2 años Tiempo de entrega: 8 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-66			\$ 2,340.00

2/25/10/16 5:30 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.

5. 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
5413	\$ 2,340.00	28/10/16	<i>[Signature]</i>



28/10/2016
[Signature]
 ADMINISTRACION