



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RPI-158

FECHA: 21 de Octubre del 2016

SEÑORES: **DISTRIBUCION E INVERSION, S.A. DE C.V.**

Tel: 2263-0029 / Fax: 2264-5945

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 |
|-----------------|---|------|-----------------|--------------|
| 150             | Maquina para afeitar, tipo rastillo de 2 hojas , descartables<br>Marca: Perma Sharp II Origen: México ( 1 cotiz.)                       | c/u. | \$ 0.45         | \$ 67.50     |
| 110             | Cinta Indicadora para esterilización a vapor huemedo, rollo de<br>18 mm x 50 mts aprox. Marca: Esteritech Origen: Mexico (2cot)         | c/u. | \$ 3.15         | \$ 346.50    |
|                 | Total.....  |      |                 | \$ 414.00    |
| AR.<br>1 cotiz. | <b>NIT:</b><br><b>Vencimiento: 31/03/2019</b><br>Tiempo de entrega: 5 días hábiles<br>Uso en: Servicio de Hospitalización<br>S/C: IM-66 |      |                 |              |

*Handwritten notes:*  
 25/10/16  
 6:11 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.

**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

Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR     | FECHA    | FIRMA                          |
|------------|-----------|----------|--------------------------------|
| 54113      | \$ 414.00 | 28/10/16 | <i>[Handwritten Signature]</i> |
|            |           |          |                                |
|            |           |          |                                |
|            |           |          |                                |

28/10/2016  
  
*[Handwritten Signature]*  
 ADMINISTRACION