



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-160

FECHA: 21 de Octubre del 2016

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

Tel: 2227-4600 / 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
130	Sonda p/ drenaje urinario c/ balón 3-5 cc 2V/ val pa/ jeringas tipo luer lock calibre 8 Fr. Tipo Foley Presentación: Marca: Sensimodical Origen: China	c/u.	\$ 0.60	\$ 78.00
100	Sonda p/ drenaje urinario c/ balón 3-5 cc 2V/ val pa/ jeringas tipo luer lock calibre 12 Fr. Tipo Foley Presentación: Marca: Sensimedical Origen: China	c/u.	\$ 0.60	\$ 60.00
10	Sonda p/ drenaje urinario c/ balón 3-5 cc 2V/ val pa/ jeringas tipo luer lock calibre 16 Fr. Tipo Foley Presentación: Marca: Sensimedical Origen: China	c/u.	\$ 0.60	\$ 6.00
	Total.....			\$ 144.00
AR. cotiz.	NIT: Vencimiento: No menor a 2 años Tiempo de entrega: 8 días hábiles. Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-63			

Handwritten signature and date: 28/10/16 6:21 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	\$144.00	28/10/16	<i>C. J. J. J.</i>	28/10/2016 ADMINISTRACION