



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

Ministerio de Salud



**ORDEN DE COMPRA**

**FONAT**  
**N° 582**  
 FECHA: 4 de Julio del 2014  
 SEÑORES: **OXI-RENT, S.A. DE C.V.** Tel: / Fax: 2243-1156  
 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
50	Cámaras de Autollenado Ofrecen: Cascada de Autollenado Vadi Marca: Vadi Medical Origen: Taiwan Total.....	c/u.	\$ 16.50	\$ 825.00 \$ 825.00
AR. 2 cotiz.	NIT: 9483-301007-101-1 Vencimiento: Pendiente Tiempo de entrega: 1 días hábiles Uso en: UCI S/C: 674			

*Handwritten signature and date: 08/07/14 8:42 AM*

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
  - Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
  - Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
  - 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	\$ 825 00	9/7/14	<i>Handwritten signature</i>



*Handwritten date: 10/7/14*

*Handwritten signature and the word ADMINISTRACION*