



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



ORDEN DE COMPRA

FONAT
 N° 629
 FECHA: 14 de Julio del 2014
 SEÑORES: **ICOMED, S.A DE C.V.** Tel: 2235-3931 / Fax: 2226-0203
 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 SÍGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10	Frascos de mercurio ¼ libras = 100 gr. Marca: Viarden Origen: Mexico	c/u.	\$ 48.00	\$ 480.00
6	Formocresol 10 ml. Marca: Viaden Origen: Mexico	c/u.	\$ 8.50	\$ 51.00
	Total.....			\$ 531.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-270300-110-7 Vencimiento: Mínimo 18 meses Tiempo de entrega: 2 días hábiles Uso en: Servicio de Odontología S/C: 375			

Handwritten notes:
 16/07/014
 8:12 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
 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	\$ 531.00	16/7/14	<i>Handwritten signature</i>

17/7/014

 ADMINISTRACION