



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



ORDEN DE COMPRA

N° 815
 FECHA: 10 de Septiembre del 2014
 SEÑORES: OXI- RENT, S.A. DE C.V, Fax: / Tel: 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|--------------|
| 30 | Catéter de Succión con Sistema cerrado No 12 descartables estéril Sonda Sistema Cerrado endotraqueal No 12 Marca: Pabsco/Oxi Phass Origen; Guatemala Total,..... | c/u. | \$ 9.00 | \$ 270.00 |
| AR. 2 cotiz. | NIT: 9483-301007-101-1 Vencimiento: 05/2016 Tiempo de entrega: 2 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-81 | | | \$ 270.00 |

*2 copias
12/09/14
3:54pm*

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

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|-----------|---------|---------------|
| 54113 | \$ 270.00 | 17/9/14 | <i>Clavel</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

17/09/14

 ADMINISTRACION