



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP-141

FECHA: 15 de Julio del 2014

SEÑORES: **HOSPIMEDIC, S.A DE C.V.**

Tel: 2225-4722 / Fax: 2225-8959

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
10	SEPARADORES DE VENA CUSHING ANCHO DE 6MM, LONGITUD 160MM OFRECEN: SEPARADOR CUSHING DE 5MM DE ANCHO X 17 CM LONGITUD MARCA: NOPA ORIGEN:ALEMANIA CAT. #AK040/05 Total.....	c/u.	\$ 16.88	\$ 168.80
AR. 4 cotiz.	NIT: 0614-091091-103-0 Garantía: 1 Año Tiempo de entrega: 30 días hábiles Uso en: Central de Esterilización y Arsenal S/C: 475			\$ 168.80

Handwritten note: 21/7/14 4:39 PM

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

- 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	\$168.80	21/7/14	<i>[Handwritten Signature]</i>	<p>21/7/14</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p> <p>ADMINISTRACION</p>