



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



**ORDEN DE COMPRA**

**ORT**  
**Nº 899**  
 FECHA: 27 de Octubre del 2014  
 SEÑORES: **DROGUERIA UNIVERSAL, S.A. DE C.V.** Fax:/ Tel: 2535-1000  
 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
2	Tornillos de compresión y 2 deslizante para cadera para sistema VHS de 80mm Ofrecen: Tornillo deslizante, 12.5 mm diámetro, 80 mm largo, para sistema DHS Incluye tornillo de compresión, acero inox Marca: Narang Origen: India	c/u.	\$ 24.86	\$ 49.72
2	Tornillos de compresión y 2 deslizante para cadera para sistema VHS de 65mm Ofrecen: Tornillo deslizante, 12.5 mm diámetro, 70 mm largo, para sistema DHS Incluye tornillo de compresión, acero inox Marca: Narang Origen: India	c/u.	\$ 24.86	\$ 49.72
2	Tornillos de compresión y 2 deslizante para cadera para sistema HHS de 65mm Ofrecen: Tornillo deslizante, 12.5 mm diámetro, 65 mm largo, para sistema DHS Incluye tornillo de compresión, acero inox Marca: Narang Origen: India	c/u.	\$ 24.86	\$ 49.72
	Total.....			\$ 149.16
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-011091-104-0 Vencimiento: No aplica Tiempo de entrega: 28 de Noviembre del 2014 Uso en: Servicio de Ortopedia S/C: 998			

*Handwritten notes:*  
 27/10/2014  
 4:00 PM

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
34113	\$ 149.16	28/10/14	<i>[Signature]</i>



*Handwritten:* 28/10/2014  
 ADMINISTRACION