



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



ORDEN DE COMPRA

ORT

N° 900

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 60mm Ofrecen: Tornillo deslizante, 12.5 mm diámetro, 60 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 55mm Ofrecen: Tornillo deslizante, 12.5 mm diámetro, 55 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 50mm Ofrecen: Tornillo deslizante, 12.5 mm diámetro, 50 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			

27/10/2014 4:08 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.

5) 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	\$ 149.16	28/10/14	<i>[Signature]</i>	 28/10/2014 ADMINISTRACION