



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 905
 FECHA: 3 de Noviembre del 2014
 SEÑORES: **NIPRO MEDICAL CORPORATION** Tel: 2243-2678 / Fax: 2243-2543
 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 |
|-----------------|--|------|-----------------|------------------------|
| 4,200 | Guantes Quirúrgicos Descartables estéril No 6 ½ par Marca: Nipro Origen: Usa/China/Malasia/Indonesia Total..... | c/u. | \$ 0.21 | \$ 882.00 \$ 882.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 9450-220296-101-4 Vencimiento: mínimo 2 años Tiempo de entrega: 2-4 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-110 | | | |

Handwritten notes:
 19 de 16 May 04/11/2014

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 | \$ 882.- | 4/Nov/2014 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Handwritten:
 4/11/2014
[Signature]
 ADMINISTRACION