



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.  
 TEL. 3132-6890, FAX 3132-6891



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RP-185

FECHA: 10 de Octubre del 2014

SEÑORES: **MEDIIMPLANTES, S.A. DE C.V.**

Tel: / Fax: 2526-9208

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
1	Sustituto de Cuerpo Vertebral de Titanio con sus respectivos anillos y tornillos de fijación	c/u.	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00
1	Hueso Liofilizado de 20 cc	c/u.	\$ 500.00	\$ 500.00
1	Placa Cervical con sus respectivo tornillos Origen: Colombia	c/u.	\$ 1,100.00	\$ 1,100.00
	Total.....			\$ 3,100.00
AR. 2 cotiz.	NIT: 0614-301111-105-7 Vencimiento: S/V Tiempo de entrega: <b>Inmediata</b> Uso en: Servicio de Contrato para el Paciente Nestor Felipe Pereira Cisneros S/C: IM-1045			

*Handwritten note:* 7 Oct. 10/10/14 3:33 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
5418	\$3,100.00	14/10/14	<i>[Signature]</i>

14/10/14

*[Signature]*

ADMINISTRACION