



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-255

FECHA: 12 de Noviembre del 2014

SEÑORES: **SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V.**

Tel: 2235-5700 / Fax: 2235-5698

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 |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 120 | Bolsa de drenaje Urinario 2 lts. Fija a cama Marca: Evergrand Origen: China Total..... | c/u. | \$ 0.85 | \$ 102.00 |
| AR. 3 cotiz. | NIT: 0614-300794-103-7 Vencimiento: No Menor a 18 meses Tiempo de entrega: 5 días Hábiles Uso en: Servicios de Hospitalización S/C: IM-107 | | | \$ 102.00 |

*2 cotizaciones
17/11/14
115,220.00*

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 | \$ 107.00 | 18/11/14 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

18/11/14

[Signature]
 ADMINISTRACION