



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-391

FECHA: 26 de Noviembre del 2014

SEÑORES: JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

Tel: 2227-4600 / Fax: 2227-4466

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|----------------------------|
| 1,200 | Guantes de Examen Tamaño: S Caja de 100 Unidades Marca: Sensimedical Origen: Malasia Total..... | caja | \$ 3.60 | \$ 4,320.00 \$ 4,320.00 |
| AR. 3 cotiz. | NTT: 9741-080210-101-8 Vencimiento: No menor a 2 años Tiempo de entrega: 5 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-146 | | | |

*26/11/14
2:24 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 | |
|------------|------------|----------|--------------------|---|
| 54113 | \$4,320.00 | 28/11/14 | <i>[Signature]</i> |  <i>28/11/2014</i>  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |