



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.
 TEL. 2152-6890, FAX 2152-6891



ORDEN DE COMPRA

ORT

N° RPI-481

FECHA: 9 de Diciembre 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
1	<p>Set de tornillos Corticales de 3.5 de diferentes medidas ofrecen: Set de tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro de 20mm a 40 mm auto roscante Según Detalle:</p> <p>30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 20mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 22mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 24mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 26mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 28mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 30mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 32mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 34mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 36mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 38mm l. 30 Tornillos corticales estándar, 3.5 mm Diámetro, 40mm l. Total</p> <p>NIT: 0614-011091-104-0 Vencimiento: No aplica Tiempo de entrega: 15 de Enero del 2015 Uso en: Servicio de Ortopedia S/C: 998</p>	c/u.	\$ 1,039.50	\$ 1,039.50
				\$ 1,039.50

2 Dec 09 11:02 AM
 09/12/1014
 11:02 AM

AR,
 2 cotiz.

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	\$ 1,039.50	9/12/14	



9-12-014

 ADMINISTRACION