



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



ORDEN DE COMPRA

ORT

N° RPI-482

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 | Set de tornillos de esponjosas de 3.5 mm, de diferentes medidas ofrecen: Set de tornillos esponjosos de 3.5mm Diámetro de 20mm, a 40 mm de largo Según Detalle: 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 20mm l. 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 22mm l. 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 24mm l. 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 26mm l. 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 28mm l. 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 30mm l. 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 35mm l. 10 Tornillos esponjosos estándar, 3.5 mm Diámetro, 40mm l. Total..... | c/u. | \$ 336.00 | \$ 336.00 |
| AR. 2 cotiz. | NIT: 0614-011091-104-0 Vencimiento: No aplica Tiempo de entrega: 15 de Enero del 2015 Uso en: Servicio de Ortopedia S/C: 998 | | | \$ 336.00 |

Handwritten signature and date: 09/12/2014 11:02AM

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 | \$ 336.00 | 9/12/14 | <i>Handwritten signature</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Handwritten date: 9-12-014
Handwritten signature
 ADMINISTRACION