



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 170

FECHA: 10 de marzo del 2015

SEÑORES: **HOSPIMEDIC, S.A DE C.V.**

Tel: 2225-4722 / Fax: 2226-0470

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
4	Estoscopio para adulto doble campana Campana de aluminio liviano binaurales ergonómicos Tubo de PVC flexible de 22" de largo 1 par de olivas de repuestos Marca: ADC Modelo: Proscope Origen: Taiwan/China (4 Cotiz.)	c/u.	\$ 9.60	\$ 38.40
4	Tensiometro digital para adulto Brazalete de Nylon, tamaño adulto pantalla LCD con números grandes para medir la presión arterial y la frecuencia cardiaca con indicador de ritmo irregular corriente DC de 4 baterías "AA" con indicador de batería y adaptador para usar con corriente AC de 120V con memoria hasta de 120 mediciones en 4 grupos de 30 memorias auto apagado con estuche para guardar o transporte Marca: Medquip Modelo: 2400 Origen: China (3 cotiz.) Total.....	c/u.	\$ 59.25	\$ 237.00
	NIT: 0614-091091-103-0			\$ 275.40
AR. 3 cotiz.	Garantía: un año Tiempo de entrega: 3 a 5 días hábiles Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-07			

Handwritten notes:
 2 cotiz
 17/03/15
 1183/124

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	\$ 275.40	18/ marzo / 2015	<i>[Signature]</i>


 18/3/2015

ADMINISTRACION