



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



ORDEN DE COMPRA

N° 274
 FECHA: 6 de Mayo del 2015
 SEÑORES: **INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE CV.**
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM. Tel: 2234-3200/ Fax: 2235-7822
 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|--------------|
| 3 | Caja de esterilización sin tapadera, perforada dimensiones: 220 X 110 X 50 mm Construido bajo norma DIN 7153-1 con la composición X 5CrNi 18-10 Marca: Schreiber Modelo: 70-3206 Origen: Alemania Total..... | c/u. | \$ 87.00 | \$ 261.00 |
| AR. 2 cotiz. | NIT: 0614-220277-002-3 Garantía: 2 años Contra desperfectos de fabrica Tiempo de entrega: 5-15 días hábiles Uso en: Central de esterilización y Arsenal S/C: 420 | | | \$ 261.00 |

Recibido 07/05/15 10:50 am

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 | \$ 261.00 | 08/05/15 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



8/5/2015

[Signature]

ADMINISTRACION