



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



ORDEN DE COMPRA

N° 404

FECHA: 23 de Junio del 2015

SEÑORES: JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V Tel: 2227-4600 / Fax: 2227-4466

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 |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 900 | Catéter de Succión No 14 Caja x 50 Unidades Marca: Sensimedical Origen: China Total..... | e/u. | \$ 0.14 | \$ 126.00 |
| AR. 4 cotiz. | NIT: 9741-080210-101-8 Vencimiento: No menor a 2 años Tiempo de entrega: 5 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-33 | | | \$ 126.00 |

Handwritten notes:
 24/06/2015
 2:14 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 | \$ 126 ⁰⁰ | 25/6/15 | <i>[Signature]</i> | 26/6/2015 ADMINISTRACION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |