



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.
 TEL. 3132-6890, FAX 3132-6891



ORDEN DE COMPRA

Nº 409

FECHA: 23 de Junio del 2015

SEÑORES: **PROVEEDORES QUIRURGICOS, S.A. DE C.V.**

Tel: 2223-1879/ Fax: 2564-3795

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
20	Frasco de cinta Umbilical Marca: Channelmed Origen: China	c/u.	\$ 9.89	\$ 197.80
40	Sondas Foley No 16 Marca: Channelmed Origen: China	c/u.	\$ 0.57	\$ 22.80
	Total.....			\$ 220.60
AR. 2 cotiz.	NIT: 0614-160703-101-5 Vencimiento: Mínimo 18 meses Tiempo de entrega: 1-3 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-30 y IM-31			

*23/06/15
24/06/15
2:39pm*

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	\$ 220.60	26/06/15	<i>[Signature]</i>	 <i>29/6/2015</i> ADMINISTRACION