



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



**ORDEN DE COMPRA**

**N° 463**  
 FECHA: 24 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
16	Latas de Cal Sodadad, lata de 35-40 libras Ofrecen: Cal Sodadad Set de 4 bidones de 5Kg c/u lo que facilita su manejo y almacenamiento Marca: Intersurgical Origen: Inglaterra Total.....	c/u.	\$ 109.00	\$ 1,744.00
AR. 1 cotiz.	<b>NIT: 0614-160703-101-5</b> Vencimiento: Mínimo 18 meses Tiempo de entrega: <b>1-3 días hábiles</b> Uso en: Servicio de Hospitalización <b>S/C: IM-32</b>			<b>\$ 1,744.00</b>

*Handwritten note:* D. Juan 26/06/15 12:17pm

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
- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DÚPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
- 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	
54107	\$1,744.00	29/6/15	<i>[Handwritten Signature]</i>	 <i>[Handwritten Signature]</i> 30/6/2015 <b>ADMINISTRACION</b>