



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR,, EL SALVADOR, C. A.
TEL. 2132-6890, FAX 2132-68-91

URGENTE

ORDEN DE COMPRA

N° RP-687

FECHA: 29 de Noviembre del 2012

SEÑORES: TIENDA MEDICA, S.A. DE C.V.

Tel: 2235-4050 Fax: 2235-8575

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------|--|-----|-----------------|------------------------|
| 1,200 | Brazalete de identificación pediátrico (azul y rosado) Marca: sensimedical Origen: China (No impreso) Total..... | c/u | \$ 0.06 | \$ 72.00 ✓ \$ 72.00 |
| AR. 6 cotiz. | NIT: 0614-130308-102-4 Vencimiento: Mínimo 2 años Tiempo de entrega: 2-4 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-99 | | | |

Handwritten notes:
25/11/12
25/20/12

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.

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 HSBC indicando el Nombre y Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|----------|-----------|--------------------|
| 54113 | \$ 72.00 | 3/20/2012 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



3/12/012

[Signature]

ADMINISTRACION