



# HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

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

URGENTE

## ORDEN DE COMPRA

Reprog-3

N° 710

FECHA: 8 de Octubre del 2013

SEÑORES: **DROGUERIA BUENOS AIRES, S.A DE C.V.**

Tel: 2507-3417 / Fax: 2225-3601

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
50	Catéter Umbilical No 5.0 Ofrecen: Catéter arterial umbilical de un lumen longitud 15"-16" Calibre 5.0 Fr. Con escala numerada Marca: Argyle-kendall/Covidien Origen: Estados Unidos /México Total.....	c/u.	\$ 10.00	\$ 500.00
AR. 2 cotiz.	<b>NIT: 0614-060977-001-0</b> Vencimiento: No menor de 2 años Tiempo de entrega: 2 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-107			\$ 500.00

*Handwritten notes:* 10/08/13, 09/10/13

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 **DUPLICADO 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 Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 500.00	10/10/13	<i>[Signature]</i> CP 4101



*Handwritten date:* 10/10/13

*Handwritten signature:* [Signature]  
ADMINISTRACION