



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 502
 FECHA: 19 de Junio del 2014
 SEÑORES: V.V.C , S.A. DE C. Tel: 2223-2135 / 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	Catéter Venoso Central Triple Lumen 7 Fr. Marca: Arrow Origen: USA/ Otros (2 cotiz.)	c/u.	\$ 24.86	\$ 497.20 ✓
240	Bolsa para Drenaje Urinario Fija de 2 Lts. Marca: Channelmed Origen: China (5 cotiz.)	c/u.	\$ 0.43	\$ 103.20 ✓
	Total.....			\$ 600.40 ✓
AR.	NIT: 0614-250608-103-4 Vencimiento: 18 Meses Tiempo de entrega: 1 día hábil Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-23			

27/06/14 4:44pm

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 el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	
54113	\$ 600.40	27/6/14	<i>[Signature]</i>	 <i>27/6/14</i> ADMINISTRACION