



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



ORDEN DE COMPRA

(Reposición por descripción de producto)

Nº 962

FECHA: 4 de Noviembre del 2014

SEÑORES: **NIPRO MEDICAL CORPORATION**

Tel: 2243-2678 / Fax: 2243-2543

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
3,600	Tubo plásticos al vacío (13 X 75) Mililitros sin anticoagulante, sin anticoagulante (Tapón Rojo) capacidad 4 mililitros Marca: Greiner-Vacurette Origen: Austria/Brasil/Usa Total.....	c/u.	\$ 0.10	\$ 360.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 9450-220296-101-4 Vencimiento: 12 meses Tiempo de entrega: 2-4 días Hábiles Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-124			\$ 360.00

Handwritten signature and date: 14/11/2014 2:49pm

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	\$ 360.-	14/11/2014	<i>[Handwritten Signature]</i>



Handwritten date: 17/11/2014

[Handwritten signature]
ADMINISTRACION