



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 282

FECHA: 7 de Mayo del 2015

SEÑORES: **PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V.**

Tel: 22009700 / Fax: 2200-9701

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
80	Filtro para Leucorreduccion de una unidad de plaquetas, leucocitos residuales del 1 x 10 (6), con sistema de control de calidad 30503279 cumplir con todo lo solicitado desde numeral 1 hasta el numeral 8 Marca: Pall-Haemonetics, Origen: Estados Unidos Total.....	c/u.	\$ 17.50	\$ 1,400.00
AR. 2 cotiz.	NIT: 0614-240206-107-4 Vencimiento Mayor de un año Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-40			\$ 1,400.00

Handwritten notes:
 D
 PROVEEDOR
 12/05/15
 10:50 PM

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	\$ 1,400. ⁰⁰⁰	15/5/15	<i>[Signature]</i>



Handwritten date: 15/5/2015

Handwritten signature/initials

ADMINISTRACION