



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 501

FECHA: 6 de Julio del 2015

SEÑORES: CORPORACION NOBLE, S.A. DE C.V.

Tel: 2513-0125 / Fax: 2513-0106

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
6	ACT + Cubeta de prueba silica y kaolin tiempo de coagulación activado basado cubeta de prueba para su uso con sangre entera fresca en aparato hemochron JR Unidad de Medida : 45 cubetas/ Caja Marca: ACCRIVA /ITC Modelo: JACT+ Origen: USA Total.....	c/u.	\$ 339.00	\$ 2,034.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-040507-103-5 Vencimiento: No menor de 6 meses por caja Tiempo de entrega: Puede ser mayor si llegaran a solicitar permiso por la DNM Uso en: Perfusion Extracorporea S/C: 202			\$ 2,034.00

Handwritten notes:
 01/07/2015
 10:22 AM

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 via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	
54113	\$ 2,034.-	13/Julio/2015	<i>[Signature]</i>	 14/7/2015 ADMINISTRACION