



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 Extracorpórea 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

- 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 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