



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



**ORDEN DE COMPRA**

N° 637  
 FECHA: 3 de Septiembre del 2015  
 SEÑORES: **SERVICIOS QUIRURGICOS, S.A. DE C.V.** Tel: 2228-5666/ Fax: 2228-3237  
 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
2,400	Set de Infusión con filtro para transfusión de hemocomponentes Marca: Terumo, Origen: Japón Total.....	c/u.	\$ 0.85	\$ 2,040.00
				\$ 2,040.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-240298-105-0 Vencimiento: 12 meses al momento de la entrega Tiempo de entrega: 5 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-84			

*2 de Septiembre 2015 3:28 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	\$ 2,040. <sup>00</sup>	04/9/15	<i>[Firma]</i>

4/9/2015  
  
  
 ADMINISTRACIÓN