



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



## ORDEN DE COMPRA No. 771

FECHA: 18 DE SEPTIEMBRE 2015

SEÑORES:

**PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V.**  
**TELEFONO: 22009700, FAX: 22009701**

**NIT: 0614-240206-107-4**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3	DISCO GEL DE PILOCARPINA PARA LA DETERMINACION DE CLORO EN SUDOR (CL) METODO IONTOFERESIS VIAL DE 12 DISCOS (1 COT.)  ENTREGA: 1 KIT 5 DIAS HABILDES DESPUES DE ENTREGAR DE ORDEN DE COMPRA, EL RESTO (2 KITS) 30 DIAS CALENDARIO DESPUES DE LA PRIMERA ENTREGA  MARCA: WESCOH ELITECH GROUP ORIGEN: USA  SOLICITUD: 873/2015, AR 132/2015  <b>USO: BANCO DE SANGRE</b>  <small>Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota a LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small>	C/U	\$ 238.11	\$ 714.33
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$714.33</b>

SEÑOR PROVEEDOR: AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA
29/9/15	\$714.33	54113	
			  ADMINISTRACIÓN