



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



ORDEN DE COMPRA

N° 786
 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
750	Filtro para Leucorreducción de glóbulos rojos leucocitos residuales del 1 x 10 (6) con sistema de control de calidad 30503270 cumplir con todo lo solicitado desde numeral 1 hasta el numeral 8 Marca: Pall-Haemonetes, Origen: Estados Unidos Total.....	c/u.	\$ 22.00	\$ 16,500.00
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-95			\$ 16,500.00

Recibido 18/09/15 10:05 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 vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y
 Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 16,500.00	21/9/15	<i>[Signature]</i>



[Signature]
Dr. ADMINISTRACIÓN
 SUBDIRECCIÓN H.N.N.B.B.
 C.P.M. No. 197E