



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 787
 FECHA: 17 de Septiembre 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.
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
80	Filtro para Leucorreduccion de una unidad de plaquetas, leucocitos residuales del 1 x 10 (6), con sistema de control de calidad 30503279 cumplir con todo lo solicitado desde numeral 1 hasta el numeral 8 Marca: Pall-Haemonetes, Origen: Estados Unidos Total.....	c/u.	\$ 17.50	\$ 1,400.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-240206-107-4 Vencimiento: No menor de un año Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-95			\$ 1,400.00

Handwritten signature and date: 18/09/2015

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	
541B	\$ 1,400. ⁰⁰	21/9/15	<i>[Handwritten Signature]</i>	 <i>[Handwritten Date: 22/9/2015]</i> ADMINISTRACION