



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 304
 FECHA: 17 de Marzo del 2016
 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|--------------|
| 196 | Filtro para Leucorreduccion de plaquetas pool de 6 unidades leucocitos residuales del 1 x 10 (6) , con sistema de control de calidad Marca: Haemonetes Origen: Estados Unidos Total..... | c/u. | \$ 35.00 | \$ 6,860.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 0614-240206-107-4 Vencimiento Mayor de un año Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Banco de Sangre S/C: 1M-04 | | | \$ 6,860.00 |

Handwritten notes:
 2
 17/03/16
 9:10:24

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 |
|------------|-------------|---------|--------------------------------|
| 54113 | \$ 6,860.00 | 17/3/16 | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Handwritten signature and stamp:
 Director Administrativo
 V.P.M No. 1875