



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



## ORDEN DE COMPRA RP-28

FECHA: 17 DE MARZO 2016

**C. IMBERTON S.A. DE C.V.**

SEÑORES:

**TELEFONO: 2241-6278, FAX: 2228-3294,**  
**egonzalez@cimberton.com**

NIT: 0614-081261-014-5

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
350	ENOXAPARINA SÓDICA, MICROPARIN 20 MG. ( 1 COT.)  MARCA: PROCAPS, ORIGEN: COLOMBIA  USO EN: HOSPITALIZACION  SOLICITUD DE COMPRA: 405/2016. S/M: 39/2016  ENTREGA: EN 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  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 electronica 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	C/U	\$ 2.70	\$ 945.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$945.00</b>

20/03/16  
17/03/16  
18/03/16

NOTA: SEÑOR PROVEEDOR AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA, SE REQUIERE EL ESTRICTO 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	
18/3/16	\$945.00	54108		  ADMINISTRACIÓN