



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



ORDEN DE COMPRA No. 567

FECHA: 25 AGOSTO DE 2016

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

NIT:

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 |
|------------|--|------|-----------------|-------------------|
| 500 | TARJETA DE 8 POZOS LLAMADA DG. GEL ANTI IGG (1 COT.) ENTREGA: INMEDIATO MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA SOLICITUD: 756/2016, AR: 100/2016 USO: BANCO DE SANGRE 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. | C/U | \$ 10.65 | \$ 5,325.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$5,325.00 |

25/08/16 2:09PM

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

- 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

| FECHA | VALOR | ESPECIFICO | FIRMA |
|----------|------------|------------|--------------------|
| 28/08/16 | \$5,325.00 | 54113 | <i>[Signature]</i> |

Dr. Hector Guillermo Lara Torres
 SUBDIRECTOR ADMINISTRACIÓN
 I.V.P.M. No. 1876

