



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.  
 TEL. 2152-6890, FAX 2152-6891



**ORDEN DE COMPRA**

N° RPI-68

FECHA: 29 de Septiembre del 2016

SEÑORES: **SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR, S.A DE C.V.** Tel: 2241-6282 Fax: 2241-6294

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	Bolsa plástica flexible para transferencia de hemoderivados, capacidad 150 mililitros Marca: Terumo Origen: India Total.....	c/u.	\$ 2.75	\$ 2,062.50
AR 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: 12 meses Tiempo de entrega: Será la entrega antes del 30 de noviembre del 2016 Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-59			\$ 2,062.50

*Handwritten notes:*  
 20 pesos  
 18/10/16  
 4-4227n

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

**1. Sr. Proveedor adjunto a la factura debe presentar la declaración Jurada firmada por el representante legal según el formato que se adjunta a la orden de compra y 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 vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y

Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 2,062.50	24/10/16	<i>[Signature]</i>

*Handwritten:* 24/10/2016  
*[Signature]*  
 ADMINISTRACION

