



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-72

FECHA: 29 de Septiembre del 2016

SEÑORES: **PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.**

Tel: 22009700 Fax: 2200-9713

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
200	Filtro para leucorreducción de una unidad de plaquetas leucocitos residuales del 1 x 10 (6) con sistema de control de calidad Marca: Haemonetics Origen: Estados Unidos Total.....	c/u.	\$ 17.50	\$ 3,500.00
AR. 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: 12 meses Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-61			\$ 3,500.00

2/2016
30/09/2016
4:53:11 p.m.

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
50113	\$ 3,500.00	04/10/16	<i>[Signature]</i>

5/10/2016

 ADMINISTRACION