



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



ORDEN DE COMPRA RP-97

FECHA: 15 DE JULIO 2016

SEÑORES: **ANIBAL GALILEO BERMUDEZ, DISTRIBUIDORA MEDICA Y LABORATORIOS** **TELEFONO:** **NIT:**
2253-2199, 2253-2210, FAX: 2253-2271

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 AM Y DE 1:30 A 3:PM

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
14	SANGRE DESFIBRINADA DE CARNERO (1 COT.) MARGA: SJMBI. B ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DEL LABORATORIO SOLICITUD: 653/2016- AM 93/2016 USO: HOSPITALIZACION. <small>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, EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el BANCO DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.</small>	C/U	\$19.00	\$ 266.00
SO.			TOTAL...	\$266.00

15/10/2016
 3:42pm
 D. [Signature]

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. SE REQUIERE EL 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	
54113	\$266.00	54113		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">18/7/2016</div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">ADMINISTRACIÓN</p>