



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-68-90 FAX 2132-68-91

Ministerio de Salud



ORDEN DE COMPRA No. RP 347(REPOSICION POR AUMENTO DE CANTIDAD)

FECHA: 10 DE JULIO DE 2012

SEÑORES: PROMED S.A DE C.V.

NIT: 0614-240206-107-4

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM Tel.2200-97-00
 FORMA DE PAGO CREDITO fax: 22-00-97-13

DESPACHAR A ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----------|---|------|-------------------|-------------------|
| 6 | DESCARTABLES PARA RECAMBIO PLASMATICO INCLUYENTO ANTICOAGULANTES MARCA: HAEMONETICS ORIGEN: SUIZA VENCIMIENTO DE 12 MESES. TIEMPO DE ENTREGA INMEDIATO | c/u | \$ 177.00 | \$ 1,062.00 |
| | UNA COTIZACION | | | |
| | USO: SERVICIOS DE BANCO DE SANGRE Solicitud de Cotización N° 402 Señor Proveedor se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a la Unidad Financiera Nota autorizando al Hospital su pago por vía electrónica a través del Banco HSBC indicando el nombre y número de la cuenta. | | | |
| ara/ | NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | TOTAL..... | \$1,062.00 |

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA 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 | |
|---------|------------|------------|-------|-------------------------------|
| 12-7-12 | \$ 1062.00 | 54113 | | |
| | | | | 12/7/12 ADMINISTRACIÓN |

