



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-128

FECHA: 21 de Octubre del 2016

SEÑORES: SUMINISTROS L. R. S.A DE C.V.

Tel: 2248-0570 Fax: 2273-6943

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
400	Bolsa plásticas flexible para transferencia de hemoderivados, capacidad 350 mililitros Marca: Demotek Origen: Limassol, Chipre, (Cyprus) China Total.....	c/u.	\$ 1.75	\$ 700.00
AR. 2 cotiz.	NIT: Vencimiento: 2018-07-06 Tiempo de entrega: 1 día hábiles Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-82			\$ 700.00

Handwritten notes:
 27/10/2016
 24/10/2016
 105-2464

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	\$ 700.00	25/10/16	<i>[Signature]</i>	25/10/2016 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACION

