



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RPI-132

FECHA: 21 de Octubre del 2016

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

Tel: 2200-9700 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
150	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	\$ 2,625.00
AR. 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: <b>Mayor de un año</b> Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-79			\$ 2,625.00

*Handwritten notes:*  
 24/10/16  
 10:41 AM

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	\$2,625.00	25/10/16	<i>[Signature]</i>

25/10/2016  
  
  
 ADMINISTRACIÓN