



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.**  
**TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891**

**EL SALVADOR**  
 UNIDOS CRECEMOS JUNTOS

**ORDEN DE COMPRA No. 433 EC**

**FECHA:** 29 DE AGOSTO DE 2018  
**SEÑORES:** PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2200-9700 **CEL** 7838-7161 **FAX:** 2200-9701  
**DESPACHAR A:** ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS **DE:** 8:00am. **A** 11:30pm. **Y** 1:30pm. **A** 3:00pm.  
**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	TARJETA DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR PARA TIPEO SANGUINEO DE RECIEN NACIDO DVI (+) , (DVI (-)  OFRECEN: TARJETAS DE GEL DE 8 POZOS, TARJETAS DE GEL DG GEL NEW BORN DE 8 POZOS PARA TIPEO DIRECTO DE RECIEN NACIDOS MAS COOMBS DIRECTO MONO Y POLIESPECIFICO.  MARCA:GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES	C/U	\$7.93	\$793.00 ✓
	TOTAL .....			<u>\$793.00</u>
	ENTREGA: INMEDIATA USO EN: BANCO DE SANGRE.			
Cotiz. 1	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
Solic.	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
116-691-2018				
oeli./				

*Handwritten notes:*  
 8.27 AM  
 30/08/18

**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	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
30/8/18	<i>[Signature]</i>	\$ 793.00	54113.



*Handwritten date:* 30/8/2018

*Handwritten signature*  
**ADMINISTRACIÓN**