



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



MINISTERIO
 DE SALUD

ORDEN DE COMPRA No.691

FECHA: 10 DE SEPTIEMBRE DE 2019
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** 7838-71 **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 |
|----------|---|------|-----------------|-----------------|
| 96 | TARJETA DE GEL POLIESPECÍFICA (IgG C3D) DE 6 MICROTUBOS O METODOLOGÍA SIMILAR. 30105904 MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES | C/U | \$8.50 | \$816.00 |
| | TOTAL | | | <u>\$816.00</u> |
| | ENTREGA: INMEDIATA USO EN: Banco de Sangre | | | |
| Cotiz. 1 | | | | |
| Solic. | NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE | | | |
| 695/2019 | DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | | |
| oeli./ | | | | |

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.

| ESPECÍFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|----------|---------|-------|
| 54113 | \$816.00 | 10/9/19 | |
| | | | |

DIRECCIÓN.
 Dr. Angel Estrella Martínez Rodríguez
 DIRECTOR
 M. S. S. S. S. S.