



**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.183RP**

**FECHA:** 22 DE NOVIEMBRE 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
1,500	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR PARA FENOTIPO RH(CEce) Y Kell, UNIDAD. (30105905)  MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES	C/U	\$8.50	\$12,750.00
	<b>TOTAL .....</b>			<u>\$12,750.00</u>
	ENTREGA: INMEDIATA USO EN: Banco de Sangre			
Cotiz. 1 de c/u Solic. 918 Y 1010/2019 oeli/	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

**NOTA:** Sr. Proveedor, al recibir esta **ORDEN DE COMPRA** se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS**.
- 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	\$12,750. <sup>00</sup>	20/11/19	<i>[Firma]</i>
			<i>[Firma]</i>



**DIRECCIÓN.**