



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



**ORDEN DE COMPRA**

FONAT

N° 630

FECHA: 14 de Julio del 2014

SEÑORES: CORPORACION NOBLE, S.A DE C.V,

Tel: 2513-0125 / Fax: 2513-0106

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
6	ACT + Cubeta de prueba silica y kaolin tiempo de coagulación-activado basado cubeta de prueba para su uso con sangre entera fresca en aparato hemochron JR Marca: ITC Modelo: JACT+ Origen: USA Unidad de Medida 45 cubetas /caja Total.....	c/u.	\$ 260.00	\$ 1,560.00
AR. 2 cotiz.	NIT: 0614-040507-103-5 Vencimiento: No menor de 6 meses por caja Tiempo de entrega: 1 caja 2 días hábiles y resto 20 días hábiles Uso en: <b>Perfusión Extracorpórea</b> S/C: 520			\$ 1,560.00

2/16/09/10/14  
8:13/014

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor 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	\$ 1,560.00	16/7/14	<i>[Signature]</i>	 16/7/014  ADMINISTRACION