



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 846  
 FECHA: 17 de Septiembre del 2014  
 SEÑORES: **PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** Tel: 2200-9700 / Fax: 2200-9701  
 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 glóbulos rojos, leucocitos residuales del 1 X 10 (6) con sistema de control de calidad, código 30503270 Marca: Pall Origen: Estados Unidos Total.....	c/u.	\$ 23.00	\$ 3,450.00
AR. 2 cotiz.	NIT: 0614-240206-107-4 Vencimiento: Mayor de un año Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Banco de sangre S/C: 1M-101			\$ 3,450.00

*Handwritten notes:*  
 20/09/14  
 11/8/23 am

Nota. Sr. **PROVEEDOR**, AL RECIBIR ESTA O.D.E 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
54713	\$ 3,450.00	20/9/14	<i>[Handwritten Signature]</i>

*Administrative Stamp and Signature:*  
 [Circular Stamp: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM, ADMINISTRACION, SAN SALVADOR]  
 24/9/14  
 [Handwritten Signature]  
 ADMINISTRACION