



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 961

FECHA: 4 de Noviembre 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
250	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	\$ 5,750.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-240206-107-4 Vencimiento: Mayor de un año Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Banco de sangre S/C: IM-120			\$ 5,750.00

Handwritten notes:
 07/11/14
 3:00 PM

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	\$ 5,750. ⁰⁰	10/11/14	<i>[Handwritten Signature]</i>

[Handwritten Signature]

Dr. Hector [Signature] 0001
 SUBDIRECTOR M.N. N.º 8
 3:00 P.M. No 1879
ADMINISTRACION