



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 970
 FECHA: 10 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 BENJAMÍN 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
80	Filtro para Leucorreducción de una unidad de plaquetas leucocitos residuales del 1 x 106 con sistema de control Marca: Haemonetics/Pall Origen: Estados Unidos Total.....	e/u.	\$ 17.50	\$ 1,400.00 \$ 1,400.00
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-119			

*Recorrido
10/11/14
12:31 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**
- 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

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	\$ 1,400. ⁰⁰	12/11/14	<i>[Firma]</i>

12/11/2014

 ADMINISTRACION