



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



**ORDEN DE COMPRA RPI-479**

FECHA: 05 DE DICIEMBRE DE 2014

SEÑORES: **PROMEPASA, S.A. DE C.V.** NIT: 0614-150493-105-0  
**TELEFONO: 2226-5323, TELEFAX: 2226-2897**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS HORARIO DE ATENCION: DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A.M A 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2,300	SODIO CLORURO + DEXTROSA (0.3+5) % SOLUCION INYECTABLE HIPOTÓNICA, BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 250 ML., CAJA POR 40 UNIDADES ( 2 COT.)  MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABIL DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 662/2014, AM: 65/2014 USO: HOSPITALIZACION  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 0.59	\$ 1,357.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,357.00</b>

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

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
8/12/14	\$1,357.00	54108		  ADMINISTRACIÓN