



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



ORDEN DE COMPRA No. 139

FECHA: 05 DE MARZO 2015

SEÑORES: **DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS, S.A. DE C.V. TELEFONO:** **NIT: 0614-300491-101-3**
2225-2925, FAX: 2226-3060

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DÉSPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	SUERO TIPEADOR POLICLONAL ANTI-K CELLANO, FRASCO TRANSPARENTE DE 2 ML (1 COT.) ENTREGA: DEPENDIENDO DE AUTORIZACION DE LA DNM MARCA: LORNE, ORIGEN: INGLATERRA SOLICITUD: 94/2015, AM 07/2015 USO: BANCO DE SANGRE <small>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. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small>	C/U	\$ 49.40	\$ 49.40
SO.			TOTAL...	\$49.40

SEÑOR 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	
20/3/15	\$ 49.40	54113	<i>[Handwritten Signature]</i>	 20/3/2015 <i>[Handwritten Signature]</i> ADMINISTRACION