



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 167
 FECHA: 10 de Marzo del 2015
 SEÑORES: **PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V.** Tel: 22009700 / 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.**
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
300	Filtro para Leucorreducción de plaquetas pool de 6 unidades leucocitos residuales del 1 x 10 (6) , con sistema de control de calidad Marca: Haemonetes Origen: Estados Unidos Total.....	c/u.	\$ 35.00	\$ 10,500.00
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-21			\$ 10,500.00

Handwritten signature and date: 17/03/15 11:41 AM

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	\$10,500.-	18/marzo/2015	<i>[Handwritten Signature]</i>

Handwritten signature and stamp

Dr. **ADMINISTRACION**
 SUBDIRECCION GENERAL
 J.V.F.M N. 310