



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



**ORDEN DE COMPRA**

N° 280

FECHA: 7 de Mayo del 2015

Tel: 2228-5666/ Fax: 2228-3237

SEÑORES: **SERVICIOS QUIRURGICOS, S.A. DE C.V.**

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
600	Set de Infusión con filtro para transfusión de plaquetas Marca: terumo, Origen: Japón Total.....	c/u.	\$ 1.50	\$ 900.00 ✓
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-240298-105-0 Vencimiento: 12 meses al momento de la entrega. Tiempo de entrega: <b>45 días hábiles</b> Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-37			\$ 900.00

*Handwritten notes:*  
 07/05/15  
 2:22 P.M.

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	\$ 900.00	8/5/15	<i>[Signature]</i>



*Handwritten date:* 8/5/2015

*Handwritten signature*  
 ADMINISTRACION