



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

Ministerio de Salud



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 470  
 FECHA: 26 de Junio del 2015  
 SEÑORES: **PROMED, S.A. DE C.V.** Tel: 2200-9700 / Fax: 2200-9713  
 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
250	Filtro para Leucorreduccion de Glóbulo Rojos leucocitos residuales del 1 x 10 ( 6 ) , con sistema de control de calidad 30503270 Requisitos los iten 1-al 8 Marca: Pall-Haemonetics Origen: Estados Unidos Total.....	c/u.	\$ 22.00	\$ 5,500.00
AR. 2 cotiz.	NTT: 0614-240206-107-4 Vencimiento: Mayor de un año Tiempo de entrega: <b>Inmediata</b> Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-58			\$ 5,500.00

*20/06/2015 13:34pm*

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	\$ 5500.	1- junio - 2015	<i>[Signature]</i>

*[Signature]*  
 ADMINISTRACION

DI 0000 00...  
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.  
 J.V.P.M. No. 1876