



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



## ORDEN DE COMPRA No. 489

FECHA: 30 DE JUNIO 2015

SEÑORES:

**PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V.**  
**TELEFONO: 22009700, FAX: 22009701**

**NIT: 0614-240206-107-4**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR 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
200	TARJETA DE GEL PARA TIPOE SANGUINEO DE RECIEN NACIDO ( 1 COT.)	C/U	\$ 10.65	\$ 2,130.00 ✓
250	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGIA SIMILAR PARA FENOTIPO RH (Cece) Y KELL UNIDAD ( 1 COT.)	C/U	\$ 10.65	\$ 2,662.50 ✓
720	TARJETA DE GEL IGG DE 6 MICROTUBOS O METODOLOGIA SIMILAR ( 1 COT.)	C/U	\$ 10.65	\$ 7,668.00 ✓
ENTREGA: INMEDIATO				
MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA				
SOLICITUD: 648,846,645/2015, AM : 80,81,83/2015				
USO: BANCO DE SANGRE				
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.				
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$12,460.50</b> ✓

*01/07/15  
9:30am*

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	
01/07/15	\$12,460.50	54113		  