



# HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.  
TEL. 2132-6890, FAX 2132-68-91

URGENTE

## ORDEN DE COMPRA

Reprog-3

Nº 736

FECHA: 10 de Octubre del 2013

SEÑORES: **PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.**

Tel: 2200-9700/ Fax: 22009713

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD        | DETALLE                                                                                                                                                                                 | U.M  | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL  |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|---------------|
| 150             | Filtro para Leucorreducción de glóbulos rojos, leucocitos residuales del 1 X 10 (6), con sistema de control de calidad código 30503270 Marca: Pall Origen: Estados Unidos<br>Total..... | c/u. | \$ 23.00        | \$ 3,450.00 ✓ |
| AR,<br>2 cotiz. | NIT: 0614-240206-107-4<br>Vencimiento: Mayor de un año<br>Tiempo de entrega: Inmediata<br>Uso en: Banco de Sangre<br>S/C: IM-118                                                        |      |                 | \$ 3,450.00   |

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.

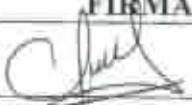
3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.

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      | \$3,450.00 | 17/10/13 |  |
|            |            |          | 4234                                                                                |
|            |            |          |                                                                                     |
|            |            |          |                                                                                     |
|            |            |          |                                                                                     |



17/10/13

ADMINISTRACION