



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.
TEL. 2132-6890, FAX 2132-6891

URGENTE

ORDEN DE COMPRA

R-1

Nº 516

FECHA: 16 de Agosto del 2013

SEÑORES: **SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR S.A DE C.V.** Tel: 2241-6282 Fax: 2241-6294

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 |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------|
| 300 | Bolsa Múltiples para transferencia de Hemoderivados de 4 bolsas con capacidad de 150 ml. Marca: Terumo Origen: Japón Total..... | c/u. | \$ 9.03 | \$ 2,709.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 0614-240298-105-0 Vencimiento: 26/12/2014 Tiempo de entrega: 5 días hábiles Uso en: Banco de Sangre S/C: IM-94 | | | \$ 2,709.00 |

Disponible 20/08/13 1:59 PM

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 |
|------------|------------|----------|----------------|
| 5413 | \$2,709.00 | 02/09/13 | <i>[Firma]</i> |
| | | | CP 3701 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



2/9/13

[Firma]

ADMINISTRACION