



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



## ORDEN DE COMPRA No. 540

FECHA: 22 DE JULIO DE 2016

**SEÑORES:** LABYMED, S.A. DE C.V.  
**TELÉFONOS:** 2207-2310  
**NIT:**  
**CORREO:** logisticasadecv@labymed.com.gt

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
FORMA DE PAGO: CREDITO CREDITO  
DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS  
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCIÓN: 7:30 AM A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

| CANTIDAD | DETALLE   | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL      |
|----------|---|------|-----------------|-------------------|
| 2,400    | GASES ARTERIALES ( 1 COT.)<br><br>TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS CALENDARIO DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA<br><br>USO: SERVICIOS DE HOSPITALIZACION<br><br>SOLICITUD: 714/2016<br><br>Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente despues 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. | C/U  | \$ 2.20         | \$ 5,280.00       |
| SO.      |   |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$5.280.00</b> |

NOTA: Sr. 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 |  |
|---------|------------|------------|-------|--|
| 25/7/16 | \$5,280.00 | 54113      |       |  |

ADMINISTRACIÓN  
OF. RECTOR QUINTAS LAS TORRES  
SUBDIRECTOR. H.N.N.B.O.  
S.V.P.H No. 1876