



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



**ORDEN DE COMPRA No. 497**

FECHA: 03 DE JULIO DE 2015

**LABYMED, S.A. DE C.V.**

SEÑORES: **TELEFONOS: 2225-4027, FAX: 2225-4027, CORREO: www.labymed.com.gt, jaorantes@labymed.com.gt** NIT: 0614-050608-101-5

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 ATENCION: 7:30 AM A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
525	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS TRIPANOSOMA CRUZI EN SUERO O PLASMA HUMANO, METODO INMUNOCIMATICO INMUNDABSORVENTE CON CONTROLES INTERNOS, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO SET DE (25) (COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA  USO: SERVICIOS DE HOSPITALIZACION  <b>SOLICITUD: 647/2015, S/C:82/2015</b>  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 DÁVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta, PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 2.65	\$ 1,391.25
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,391.25</b>

*03/07/15 2:39 PM*

NOTA: Señor Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- 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 EL ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
<i>6/24/2015</i>	<i>\$1,391.25</i>	<i>54113</i>	<i>[Signature]</i>	 <i>6/24/15</i>  ADMINISTRACIÓN