



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TELEFONO: 2132-8890, FAX: 2132-6891



## ORDEN DE COMPRA No. 582

FECHA: 17 DE JULIO 2015

SEÑORES:

**TECNO DIAGNOSTICA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2254-7373, FAX: 2254-7300**

NIT: 0614-130608-105-0

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS,  
 HORARIO DE ATENCION : 7:30 A.M A 11.30 a.m y de 1:30 a 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
200	PRELUBAS PARA IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVO (D-GN, PARA EQUIPO AUTOMATIZADO VITEK 2 COMPACT ( 1 CDT.)	C/U	\$ 6.85	\$ 1,370.00 ✓
200	PRUEBA PARA LA SENSIBILIDAD PARA MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVO AST-GN ( 1 CDT.)	C/U	\$ 6.85	\$ 1,370.00 ✓
100	PRUEBA PARA IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS (D-GP, PARA EQUIPO AUTOMATIZADO VITER 2 COMPACT ( 1 CDT.)	C/U	\$ 6.85	\$ 685.00 ✓
100	PRUEBA AST-GP, STAPHYLOCOCCUS Y OTROS PARA EQUIPO AUTOMATIZADO VITEK 2 COMPACT ( 1 CDT.) USO EN: LABORATORIO CLINICO	C/U	\$ 6.85	\$ 685.00 ✓
TIEMPO DE ENTREGA: 20 DIAS HABILÉS DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: BIOMERIEUX, ORIGEN: USA S/C : 706, 707/2015, AR: 103,104/2015 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>\$4,110.00</b> ✓

211091015  
10:37 AM

NOTA: 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 EL ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA
21/7/15	\$ 4,110.00	54113	
			  ADMINISTRACIÓN

21/7/2015