



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

MINISTERIO DE SALUD
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR
EL SALVADOR
 UNÁMONOS PARA CRECER

ORDEN DE COMPRA No. 628

FECHA: 21 DE AGOSTO 2015

SEÑORES:

PRODYLAB, S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2260-8107 FAX: 2260-4790

NIT: 0614-190209-103-8

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 |
|------------|--|------|-------------------|-----------------|
| 50 | PRUEBA RÁPIDA DE DENGUE DUC NS1 Ag+ Ab COMBO IgG/IgM TEST(1 COT.) MARCA: STANDARD DIAGNOSTIC INC. ORIGEN: COREA, USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C: 831/2015 ENTREGA: 1-2 DIAS CALENDARIO, POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA. 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 vía 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. | C/U | \$ 11.30 | \$ 565.00 |
| SO. | | | TOTAL..... | \$565.00 |

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 ESTA ORDEN DE COMPRA

| FECHA | VALOR | ESPECIFICO | FIRMA |
|---------|-----------|------------|-------|
| 24/8/15 | \$ 565.00 | 54113 | |



ADMINISTRACIÓN