

ORDEN DE COMPRA No. 347

SEÑORES: **TECNODIAGNOSTICA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** **NIT:**
TELÉFONO: 2254-7373 FAX: 2254-7300

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

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
200	<p>PRUEBA PARA SENSIBILIDAD PARA MICROORGANISMO GRAM POSITIVO AST-GP STHAPHYLOCOCCUS Y OTROS PARA EQUIPO AUTOMATIZADO (1 COT.)</p> <p>MARCA: BIOMERIEUX ORIGEN: USA</p> <p>USO EN: LABORATORIO CLINICO</p> <p>S/C : 500, 501/2016, AR: 63, 64 /2016</p> <p>ENTREGA: 10- 15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.</p> <p>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.</p>	C/U	\$ 7.40	\$ 1,480.00
SO.			TOTAL...	\$1.480.00

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	
23/05/16	\$1,480.00	54113	<i>[Firma]</i>	<p>23/5/16</p>  <p>ADMINISTRACION</p>