



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



ORDEN DE COMPRA No. 442

FECHA: 03 DE JUNIO DEL 2016

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

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
3	ASI RPR CARD TEST FOR SYPHILIS, EN SUERO O PLASMA, CON PARTICULAS DE CARBON (1 CQT.) MARCA: ARLINGTON SCIENTIFIC, INC. , ORIGEN: USA USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C : 106/2016 ENTREGA: 1-3 DIAS CALENDARIO , POSTERIOR 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 via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 70.00	\$ 210.00
SO.			TOTAL.....	\$210.00

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	
10/06/16	\$ 210.00	54113		<p>10/06/2016</p> <p>ADMINISTRACIÓN</p>