



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



ORDEN DE COMPRA No. 584

FECHA: 30 DE AGOSTO DE 2016

SEÑORES:

SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.
 TEL: 2241-6719 FAX: 2241-6294

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

Horario de Recepción en Almacén de 7:30 am a 1:30 am y de 1:30 pm a 3 pm

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE


| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|------------|---|------|-----------------|-------------------|
| 6 | ARCCHITECT CHAGAS(2 COT.) MARCA: ABOIT, ORIGEN: USA/IRLANDA/ALEMANIA TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DEL AREA SOLICITUD : 772/2016, AR:101/2016 USO: LABORATORIO CLINICO Note: 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. | SET | \$220.00 | \$ 1,320.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$1,320.00 |

Handwritten notes:
 31/08/16
 9:58 PM

NOTA: Sr. 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 | |
|---------|------------|------------|--------------------|---|
| 31/8/16 | \$1,320.00 | 54113 | <i>[Signature]</i> | <p>1/9/2016</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>ADMINISTRACION</p>  |