



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

Ministerio de Salud



**ORDEN DE COMPRA 335 (REFUERZO)**

FECHA: 12 DE NOVIEMBRE DEL 2012

**SEÑORES:** **TECNO DIAGNOSTICA DE EL SALVADOR S.A. DE C.V.** NIT: 0614-130608-105-0  
**TELEFONO: 2264-8140, 8864-8141, FAX:2264-8143**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	TARJETAS PARA SUCEPTIBILIDAD GRAM POSITIVOS AST GP., PRESENTACION: CAJA X 20 TARJETAS ( 1 COT.)  MARCA: BIOMERIEUX . . , ORIGEN: USA  TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 1078/2012. USO: LABORATORIO CLINICO  NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VÍA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.	C/U	\$5.80	\$580.00
<b>SO.</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$580.00</b>

*200000  
12/11/2012*

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
13-11-12	\$ 580.00	54113	<i>[Signature]</i>



13/11/2012

*[Signature]*  
ADMINISTRACIÓN