



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

ORDEN DE COMPRA No.304-RP

FECHA: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2017
SEÑORES: SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR S.A DE C.V. **NIT:**
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO **TEL:** 2241-6719 **FAX:** 2241-6294
DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS **DE:** 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE CICLOSPORINA. ARCHITECT CICLOSPORINA REACTIVO KIT X 100 PRUEBAS MARCA: ABBOTT ORIGEN: USA/IRLANDA/ALEMANIA	PBA	\$1,245.00	\$1,245.00
	TOTAL			\$1,245.00
	ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DEL ÁREA USO EN: Laboratorio Clínico			
Cotiz. 1	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
Solic. 63-711/2017	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
oeli./				

Handwritten: 29/09/17 8:33 am

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago via electrónica a través del **BANCO DAVIVIENDA**, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
02/10/17	<i>[Signature]</i>	\$1,245.00	5413	
				<p align="center">2/10/2017</p> <p align="center"><i>[Signature]</i></p> <p align="center">ADMINISTRACIÓN</p>

