



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



MINISTERIO  
DE SALUD

**ORDEN DE COMPRA No.910**

**FECHA:** 05 DE NOVIEMBRE DE 2019  
**SEÑORES:** FARLAB, S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2235-2851 2235-3851 Y 2225-2307 **FAX:** 2225-6509  
**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
2	<b>PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA), MÉTODO DE AGLUTINACIÓN EN LÁMINA, SET, CON CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO.</b>  <b>OFRECEN: ANTÍGENOS FEBRILES 8X5 ML. SET 6 FRASCOS MAS CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO DE 1ML.</b>  <b>MARCA: SPINREACT</b> <b>ORIGEN: ESPAÑA</b> <b>VENCIMIENTO: NO MENOR A 12 MESES</b>	SET	\$35.00	\$70.00
	<b>TOTAL .....</b>			<u>\$70.00</u>
	<b>ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ODC</b>			
	<b>USO EN: Hospitalización</b>			
N°cotiz. 1	<b>NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE</b>			
Solic.	<b>DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.</b>			
898/2019				
oeli./				

*[Handwritten signature]*  
6/11/19

**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	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
06/11/19	<i>[Handwritten signature]</i>	\$70.00	5413	<p align="center"><b>DIRECCIÓN.</b></p>