

Lugar y Fecha: San Salvador 24 febrero 2022	Nº ORDEN 84-4
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE	NIT y/o NCR
DIAGNOSAL, S.A. DE C.V. TEL. 2566-1124	
POR ERROR EN MONTON DE NUMEROS A LETRAS NO ERA EL CORRECTO	

CANTIDAD	U.M.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
12	C/U	LAMINILLAS CUBRE OBJETO 24 X 50MM ONZAS. C/U.	\$3.11	\$37.32
			TOTAL (US\$)	\$37.32

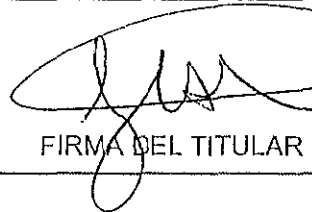

TOTAL EN LETRAS: TREINTA Y SIETE DOLARES CON TREINTA Y DOS CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES: PARA USO EN CITOGENETICA

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS

TIEMPO DE ENTREGA: DE 2 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA

No Certificacion 132 CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1


 FIRMA DEL TITULAR
 
 24/2/2022

Datos del Administrador de la Orden de Compra(Segun Acuerdo N° HNNBB013):



NOMBRE: ILIANA MARIA HERNANDEZ GONZALEZ

TELEFONO: 2133-3158 CORREO: iliana.hernandez@salud.gob.sv

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 cancelacion, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor Mencionar el numero de la Orden de compra

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

ORIGINAL: SUMINISTRANTE COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD FINANCIERA COPIA: U.A.C.I	 FIRMA PROVEEDOR	 SELLO PROVEEDOR
---	--	--