



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 844
 FECHA: 17 de Septiembre del 2014
 SEÑORES: **DIAGNOSAL, S.A. DE C.V.** Tel: 2566-1124 / Fax: 2556-9853
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.
 FORMA DE PAGO: CREDITO
 DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	Tubo de ensayo de vidrio borosilicato fondo redondo diámetro superior 12 milímetros ofrecen: Tubo de vidrio borosilicato 12 X 75 mm presentación caja x 250 Marca: S/M origen: Usa/China (1 cotiz.)	c/u.	\$ 0.15	\$ 60.00
2,000	Puntas de plástico Universal para pipeta automática, capacidad (1-200) Microlitos descartables unidad Ofrecen: Puntas plásticas amarillas presentación bolsa x 1000 Marca: S/M origen: Usa/China	c/u.	\$ 0.02	\$ 40.00
100	Lancetas estériles empaque individual Ofrecen: Lancetas estériles presentación caja x 200 Marca: S/M Origen: Usa/China (1 cotiz)	c/u.	\$ 0.05	\$ 5.00
466	Tubos de Vidrio 10 X 75 Ofrecen: Tubo de vidrio Borosilicato 10 X 75 mm Presentación caja x 250 marca: S/m Origen: Usa/China (1cot)	c/u.	\$ 0.15	\$ 69.90
	Total.....			\$ 174.90
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-291012-106-6 Vencimiento: Mayor de un año Tiempo de entrega: 15 a 30 días hábiles Uso en: Banco de sangre S/C: IM-101			

Donec 19/09/14 1:29 pm

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén
2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
4. 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 proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$174.90	28/9/14	<i>cf</i>

19/09/14

 ADMINISTRACIÓN