



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



ORDEN DE COMPRA RPI-443

FECHA: 27 DE NOVIEMBRE DE 2014

LABYMED, S.A. DE C.V.

SEÑORES: **TELEFONOS: 2225-4027, FAX: 2225-4027, CORREO: NIT: 0614-050608-101-5**
www.labymed.com.gt, jaorantes@labymed.com.gt

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION: 7:30 AM A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
70	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS TRIPANOSOMA CRUZI EN SUERO O PLASMA HUMANO, METODO INMUNOENCIAMATICO , PRUEBA RAPIDA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DEL TRIPANOSOMA CRUZI EN SUERO O PLASMA HUMANO , METODO INMUNOCROMATOGRAFICO SET DE (25), 30106113 (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA USO: BANCO DE SANGRE SOLICITUD: 1144/2014 Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, esimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indiccando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 2.65	\$ 185.50
SO.			TOTAL...	\$ 185.50

NOTA: Señor 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	
27/11/14	\$ 185.50	54113		 27/11/2014 ADMINISTRACION