



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



ORDEN DE COMPRA No. 189

FECHA: 16 DE MARZO 2015

SEÑORES: **ESERSKI HERMANOS , S.A DE C.V.** NIT: 0614-180357-001-7
TELFAX: 2271-4349, 2271-5801, 2271-6018

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	<p>PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS HETEROFILOS, MONONUCLEOSIS INFECCIOSA PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS HETEROFILOS DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSOS EN SUERO Y PLASMA, SET DE 100 PBAS. (1 CDT.)</p> <p>ENTREGA: 45 DIAS HABLES FECHA DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA</p> <p>MARCA: OXID/THERMO SCIENTIFIC/REMEL ORIGEN: INGLATERRA</p> <p>SOLICITUD: 289/2015, AM : 15/2015</p> <p>USO: LABORATORIO CLINICO</p> <p>Nota: Favor tramitar quedar inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, 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 BAVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>	SET	\$ 243.00	\$ 243.00
SO.			TOTAL...	\$243.00

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	
19/3/15	\$ 243.00	54113		 ADMINISTRACIÓN