



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 365

FECHA: 19 de Junio del 2015

SEÑORES: **DIAGNOSAL, S.A. DE C.V.**

Tel: 2566-1124 / Fax: 2566-9482

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
1,200	Tubo al vacío, con Heparina de sódica, capacidad (3-4) Milímetros se solicita tubo de 4ml ofrecen: Tubo vac con heparina de sodio T/Verde capacidad de 4 ml Marca: BD ú otros Origen: USA/Italia Total.....	c/u.	\$ 0.32	\$ 384.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-291012-106-6 Vencimiento: 8-12 meses Tiempo de entrega: 5-30 días Hábiles Uso en: Laboratorio de Citogenética S/C: 006			\$ 384.00

Handwritten signature and date: 23/6/2015

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	\$384.00	23/6/15	<i>Handwritten signature</i>



Handwritten date: 23/6/2015

Handwritten signature and stamp: ADMINISTRACION