



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TELEFONO: 2132-6890, 2132-8891



ORDEN DE COMPRA No. 361

FECHA: 02 DE MAYO 2016

SEÑORES: **DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.** **NIT:**
TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS,
 HORARIO DE ATENCION : 7:30 A.M A 11.30 a.m y de 1:30 a 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS E (IgE) 1 COT.	SET	\$ 360.00	\$ 360.00
1	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TESTOSTERONA (1 COT.)	SET	\$ 360.00	\$ 360.00
1	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CORTISOL (1 COT.)	SET	\$ 360.00	\$ 360.00
MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C : 492, 494, /2016 AM: 55, 57/2016 ENTREGA: 20 DIAS HABILES A PARTIR DE LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente despues 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 el Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.				
SO.			TOTAL...	\$1,080.00

23/05/16
 3:01 PM

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	
23/05/16	\$1,080.00	5013		 ADMINISTRACION