



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



## ORDEN DE COMPRA No. 364

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
460	PRUEBA PARA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL ( 1 COT.)	SET	\$ 0.37	\$ 170.20 ✓
400	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3) METODO AUTOMATIZADO ( 1 COT.)	SET	\$ 3.60	\$ 1,440.00 ✓
3,920	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRASFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA ( 1 COT.)	SET	\$ 0.37	\$ 1,450.40 ✓
600	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TETRAYODOTIRONINA TOTAL T4 ( 1 COT.)  MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS <b>USO EN: LABORATORIO CLINICO</b> S/C : 492,493,482/2016 AM: 45, 55, 56,/2016 ENTREGA: 20 DIAS HABILES A PARTIR DE LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA  Nota. Favor tramitar quedan 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 DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	CU	\$ 3.60	\$ 2,160.00 ✓
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$5,220.60</b> ✓


*Handwritten notes:*  
 20/05/16  
 10/08/14

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
03/05/16	\$5,220.60	54113	<i>[Signature]</i>

  
 Dr. Héctor Guillermo Lara Torres  
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.  
 ADMINISTRACION  
 S.V.P.M. No. 1876