



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



## ORDEN DE COMPRA No. 365

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**

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE LA HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) 1 COT.	SET	\$ 3.60	\$ 1,440.00
1,250	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORAQUIDIO (LCR) 1 COT.  MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS  <b>USO EN: LABORATORIO CLINICO</b>  S/C : 486/2016 AM: 49/2016  ENTREGA: 20 DIAS HABLES A PARTIR DE LA RECEPCION DE LA GRDEN 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 indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	SET	\$ 0.37	\$ 462.50
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,902.50</b>

*Handwritten notes:*  
 23/05/16  
 118 52467

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	\$1,902.50	54113		23/5/16  <b>ADMINISTRACION</b>