



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



ORDEN DE COMPRA RP-123

FECHA: 17 DE AGOSTO 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 |
|------------|--|------|-----------------|-------------------|
| 6,500 | PRUEBA PARA DETERMINACION DE HEMOGRAMAS METODO AUTOMATIZADO (1 COT.) MARCA: SYSMEX. ORIGEN: JAPON/USA USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C : 649/2016 AM: 89/2016 ENTREGA: 5 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. | C/U | \$ 0.90 | \$ 5,850.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$5,850.00 |

Handwritten: 17/08/016 10:16 AM

NOTA: Señor Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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 |
|---------|-------------|------------|--------------------------------|
| 18/8/16 | \$ 5,850.00 | 5413 | <i>[Handwritten Signature]</i> |


 Dr. Victor Guillermo Lopez Torres
ADMINISTRACIÓN
 S.P.N. No. 1576