



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



ORDEN DE COMPRA RPI-84

FECHA: 03 DE OCTUBRE DE 2016

SEÑORES:

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

NIT:

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 |
|------------|---|------|-----------------|-------------------|
| 3,920 | PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERESA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (1 COT.) | C/U | \$ 0.37 | \$ 1,450.40 |
| 230 | PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL (CPK) METODO AUTOMATIZADO (1 COT.) MARCA: SYSMEX, ORIGEN: JAPON/USA USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C: 816/2016 AM: 110/2016 ENTREGA: 5 DIAS HABILES A PARTIR DE LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA NOTA: "SEÑOR PROVEEDOR ADJUNTO A LA FACTURA DEBE PRESENTAR LA DECLARACION JURADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL SEGÚN FORMATO QUE SE ADJUNTA A LA ORDEN DE COMPRA" | C/U | \$ 0.37 | \$ 85.10 |
| SO. | | | TOTAL... | \$1,535.50 |

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 | |
|----------|------------|------------|-------|---------------|
| 06/10/16 | \$1,535.50 | 54113 | | 6/10/2016 |

ADMINISTRACIÓN