

BENJAMIN BLOOM

**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.**  
**TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891**

**ORDEN DE COMPRA No.298-RP**

**FECHA:** 06 DE SEPTIEMBRE DE 2017  
**SEÑORES:** **DIAGNOSTIKA CAPRIS S.A DE C.V.** **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2260-2222 **FAX:** 2260-7007  
**DESPACHAR A:** ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS **DE:** 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
6,500	PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE HEMOGRAMAS, MÉTODO AUTOMATIZADO.  MARCA: SYSMEX                      ORIGEN: ESTADOS UNIDOS	C/U	\$0.90	\$5,850.00
	TOTAL .....			<u>\$5,850.00</u>
	ENTREGA: 5 DIAS HABILES USO EN: LABORATORIO CLINICO			
Cotiz. 1 Solic. 49-677/2017 oeli./	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*D. Torres  
8:20 AM  
06/09/17*

**NOTA:** Sr. 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**

**Nota:** se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del **BANCO DAVIVIENDA**, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
06/9/17	<i>[Signature]</i>	\$5,850.00	5413

**ADMINISTRACIÓN**



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