



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

MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNIDOS CRECEMOS TODOS

**ORDEN DE COMPRA No.617**

**FECHA:** 05 DE OCTUBRE DE 2018  
**SEÑORES:** **DIAGNÓSTIKA CÁPDIS S.A DE C.V.** **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL: 2260-2222** **FAX: 22607007**  
**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
930	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFATASA ALKALINA, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS VENCIMIENTO: 01-08-2019 ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES 1 COTIZ SOLIC: 147-749-2018	PBS	\$0.36	\$334.80
400	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IgM DE TOXOPLASMA GONDII, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS VENCIMIENTO: 5 A 8 MESES ENTREGA 20 DIAS HÁBILES COTIZ 1 AOLIC: 101-574-2018	PBS	\$3.40	\$1,360.00
400	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IgM DE CITOMEGALOVIRUS, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS VENCIMIENTO: 5 A 8 MESES ENTREGA 20 DIAS HÁBILES COTIZ 1 SOLIC: 101-574-2018	PBS	\$3.40	\$1,360.00
7,500	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DETIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA VENCIMIENTO: DE 8 A 12 MESES ENTREGA: 10 DIAS HÁBILES COTIZ 1 SOLIC: 144-746-2018		\$1.05	\$7,875.00
	<b>TOTAL .....</b>			<b>\$10,929.80</b>
USO EN: Laboratorio Clínico				
N°cotiz. 1 C/U				
NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.				

*Recibido 08/10/18 9am.*

**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**

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	ADMINISTRACIÓN
22/10/18	<i>[Firma]</i>	\$10,929.80	54113.	<i>[Firma]</i>

**Dr. Héctor Guillermo Lara Torres**  
**SUB-DIRECTOR**  
**H.N.N.B.B**