



**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.618**

**FECHA:** 05 DE OCTUBRE DE 2018  
**SEÑORES:** DIAGNÓSTIKA 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:** 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
29,925	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ELECTROLITOS: SODIO (Na), POTASIO (K), CLORO (Cl), CALCIO (Ca), MÉTODOAUTOMATIZADO. MARCA BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS VENCIMIENTO: 31-12-19 ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES SOLIC. 145-747-2018	PBS	\$0.37	\$11,072.25 ✓
40	PUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FACTOR II, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA VENCIMIENTO: 30-01-2019 ENTREGA: 3 DIAS HÁBILES SOLIC: 33-366-2018.	PBS	\$1.05	\$42.00 ✓
40	PUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FACTOR V, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA VENCIMIENTO: 6 A 12 MESES ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES SOLIC: 33-366-2018.	PBS	\$1.05	\$42.00 ✓
40	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FACTOR VII, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA VENCIMIENTO: 25-09-2019 ENTREGA: 3 DIAS HÁBILES SOLIC: 34-367-2018.	PBS	\$1.05	\$42.00 ✓
40	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FACTOR X MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA VENCIMIENTO: 22-06-2019 ENTREGA: 3 DIAS HÁBILES SOLIC: 35-368-2018.	PBS	\$1.05	\$42.00 ✓
<b>TOTAL .....</b>				<b>\$11,240.25 ✓</b>
USO EN: Laboratorio Clínico				
NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.				

*Handwritten notes:*  
 08/10/18  
 \$11,240.25  
 2132-6890

**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>[Signature]</i>	\$11,240.25	54113	<i>[Signature]</i> 

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