



**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.622**

**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
300	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICOAGULANTE LÚPICO (LA1), MÉTODOO AUTOMATIZADO. MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA VENCIMIENTO: DE 8 A 12 MESES ENTREGA; 20 DIAS HÁBILES SOLIC: 132-719-2018	PBS.	\$1.05	\$315.00
300	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONFIRMACIÓN DEL ANTICOAGULANTE LÚPICO (LA2), MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA VENCIMIENTO: DE 8 A 12 MESES ENTREGA; 20 DIAS HÁBILES SOLIC: 132-719-2018	PBS.	\$1.05	\$315.00
19,500	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE HEMOGRAMAS, MÉTODO AUTOMATIZADO. MARCA: SYSMES CORPORACIÓN ORIGEN: JAPÓN VENCIMIENTO: DE 8 A 12 MESES ENTREGA 5 DIAS HÁBILES SOLIC: 141-743-2018	PBS.	\$0.90	\$17,550.00
66	TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACIÓN SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, NO MENOR DE DIEZ PARÁMETROS, EN EQUIPO AUTOMATIZADO, FRASCO 100 TIRAS. MARCA: ARKRAY ORIGEN: JAPÓN VENCIMIENTO: DE 8 A 12 MESES ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES SOLIC: 134-721-2018	FCOS	\$38.00	\$2,508.00
	<b>TOTAL .....</b>			<b>\$20,688.00</b>
	USO EN: Laboratorio Clinico			
N°cotiz. 1 C/U	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*Recibido 08/10/2018 9:46am*

**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>	\$20,688.00	5 CUB	<i>[Firma]</i> 

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