



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

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

**ORDEN DE COMPRA No.648**

**FECHA:** 09 DE OCTUBRE DE 2018  
**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       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------------|
| 12,000   | GASES ARTERIALES<br><br>PRUEBAS PARA LA DETERMINACIÓN DE GASES ARTERIALES<br>MARCA: NOVA BIOMEDICAL ORIGEN: ESTADOS UNIDOS<br>VENCIMIENTO: DE 5 A 8 MESES | PBAS | \$1.64          | \$19,680.00        |
|          | TOTAL .....                                                                                                                                               |      |                 | <u>\$19,680.00</u> |
| Cotiz. 1 | ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES                                                                                                                                   |      |                 |                    |
| Solic.   | USO EN: LABORATORIO CLINICO                                                                                                                               |      |                 |                    |
| 831-2018 | NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE                                                                                                                |      |                 |                    |
| oeli./   | DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.                                                                                                                         |      |                 |                    |

*Handwritten notes:*  
 11/10/18  
 10:19 AM

**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 |
|----------|--------------------|-------------|------------|
| 02/10/18 | <i>[Signature]</i> | \$19,680.00 | 54113      |
|          |                    |             |            |

*[Signature]*

**ADMINISTRACIÓN**

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