



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



ORDEN DE COMPRA No.389

FECHA: 26 DE MARZO DE 2019
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: 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
100	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IgM DE TOXOPLASMA GONDII, MÉTODO AUTOMATIZADO.	PBAS.	\$3.40	\$340.00
900	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3) MÉTODO AUTOMATIZDO.	PBAS.	\$3.20	\$2,880.00
900	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TETRAYODOTIRONINA LIBRE (T4) MÉTODO AUTOMATIZADO.	PBAS.	\$3.20	\$2,880.00
900	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA HORMANA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH), MÉTODO AUTOMATIZADO.	PBAS.	\$3.20	\$2,880.00
100	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) MÉTODO AUTOMATIZADO.	PBAS.	\$3.40	\$340.00
100	PUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA HORMONA PARATIROIDEA, MÉTODO AUTOMATIZADO. (Vencimiento 5 a 12 meses)	PBAS.	\$3.40	\$340.00
150	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE FERRITINA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	PBAS.	\$3.40	\$510.00
100	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TETOSTERONA, MÉTODO AUTOMATIZADO	PBAS.	\$3.40	\$340.00
400	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE INSULINA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	PBAS.	\$3.40	\$1,360.00
100	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE ESTRADIOL, MÉTODO AUTOMATIZADO.	PBAS.	\$3.40	\$340.00
100	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS E (IgE) MÉTODO AUTOMATIZADO. (Marca Randox entrega 5 días hábiles)	PBAS.	\$3.40	\$340.00
	MARCA: Beckman Coulter ORIGEN: Estados Unidos VENCIMIENTOS: De 5 a 8 Meses			
	TOTAL			\$12,550.00
	ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES			

[Handwritten Signature]
1/4/19

	USO EN: Laboratorio Clínico				
Cotiz. 1 DE C/U Solic. 01-336-2019 oeli/	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			<i>[Signature]</i> 9/4/19	
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					
ESPECÍFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	  ADMINISTRACIÓN	
54113	\$ 12,550.00	04/4/19	<i>[Signature]</i>		