

**HOSPITAL**  
NACIONAL DE NIÑOS  
BENJAMIN BLOOM

*Por Ob  
13-10-21*

**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR**

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Lugar y fecha:	13 DE OCTUBRE DE 2021	N° ORDEN:	84 RP
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
DIAGNOSTIKA CAPRIS S.A DE C.V (TEL 2260-2222)			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
39,000	C/U	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE HEMOGRAMAS, MÉTODO AUTOMATIZADO.  MARCA: SYSMEX CORPORATION  ORIGEN: JAPÓN  VENCIMIENTO: DE 6 A 12 MESES  C-	\$ 0.90	\$ 35,100.00

N° cot. 1  
N°solic. 1195-2021  
OELI

**TOTAL US \$** \$ **35,100.00**

TOTAL EN LETRAS: TREINTA Y CINCO MIL CIEN DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES:	USO EN LABORATORIO CLÍNICO
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS
TIEMPO DE ENTREGA:	30 DIAS HÁBILES

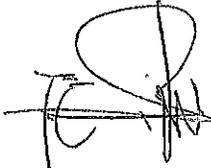
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-2

  
**FIRMA DEL TITULAR**

*13/10/2021*

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**  
**NOMBRE:** Dra. Iliana María Hernández de Hernández y Licda. Samantha Verónica Perdomo Alvarado  
**TELEFONO:** 2133-3257      **CORREO:** [iliana.hernandez@salud.gob.sv](mailto:iliana.hernandez@salud.gob.sv)

**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**

ORIGINAL: SUMINISTRANTE	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	 <b>DIAGNOSTIKA CAPRIS S.A. de C.V.</b> San Salvador, El Salvador, C.A.
COPIA: ALMACEN		
COPIA: UNIDAD FINANCIERA		
COPIA: U.A.C.I.	<b>SELLO PROVEEDOR</b>	