



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TELEFONO: 2132-6890, FAX: 2132-6891

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

## ORDEN DE COMPRA No. 939

FECHA: 04 DE NOVIEMBRE DEL 2014

SEÑORES:

**DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007**

NIT: 0614-100496-102-6

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
4,650	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ELECTROLITOS, SODIO (Na), POTASIO(K), CLORO (Cl) O CALCIO (Ca) METODO AUTOMATIZADO, 30106526, (1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 1,581.00
3,920	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO, 30106534, (1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 1,332.80
1,400	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AUTOMATIZADO, 30106556 (1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 476.00
MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS USO EN: LABORATORIO CLINICO SOLICITUD DE COMPRA : 820.934,822 /2014, AR:126,124,144/2014 ENTREGA: INMEDIATA DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario proporcione en la unidad financiera nota autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.				
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$3,389.80</b>

9/05/11/1014  
 3:13 PM

NOTA: SEÑOR 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	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
7/11/14	\$ 3,389.80	SE 113		 10/11/2014  ADMINISTRACIÓN