



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



## ORDEN DE COMPRA No. 993

FECHA: 18 DE NOVIEMBRE DEL 2014

SEÑORES: **DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.** NIT: 0614-100496-102-6  
**TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE 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
300	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HORMONA LUTEINIZANTE (LH), METODO AUTOMATIZADO 30106574, ( 1 COT.)	PBA.	\$ 3.80	\$ 1,140.00 ✓
750	PRUEBAS PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD ( HDL) METODO AUTOMATIZADO KIT, 4 X 250, 30106484 ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 255.00 ✓
165	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE AMILASA, METODO AUTOMATIZADO, KIT DE 4X55, 30106370 ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 56.10 ✓
3	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgM DE TOXOPLASMA GONDII, METODO AUTOMATIZADO, 30105428 ( 1 COT.)	KIT	\$ 380.00	\$ 1,140.00 ✓
1,750	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO, KIT-4X250, 30106346 ( 1 COT.)  MARCÁ: BECKMAN COULTER, ORIEGEN: ESTADOS UNIDOS.  USO EN: LABORATORIO CLINICO  SOLICITUD DE COMPRA : 999, 823, 913,, 972,1008 /2014, AR: 127,143, 159, 173, 164 /2014  ENTREGA: 30 DIAS HABILES A PARTIR DE FIRMADA LA 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.	PBA.	\$ 0.34	\$ 585.00 ✓
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$3,186.10</b> ✓

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
24/11/2014	\$3,186.10	54113	 
			 ADMINISTRACIÓN