



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



## ORDEN DE COMPRA RPI-338

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
3,500	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MAGNESIO, METODO AUTOMATIZADO, 30106240, PRESENTACION KIT 4 X 250 PBAS. ( 1 COT. )	PBA.	\$ 0.34	\$ 1,190.00 ✓
3,900	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CALCIO, METODO AUTOMATIZADO, PRESENTACION: KIT 4 X 700 PBAS. 30106148, ( 1 COT. )	PBA.	\$ 0.34	\$ 1,326.00 ✓
3,540	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFORO, METODO AUTOMATIZADO, PRESENTACION: KIT 4X590 PBAS., 30106534	PBA.	\$ 0.34	\$ 1,203.60 ✓
840	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTIVA (LDH), METODO AUTOMATIZADO, SET DE 4 X 640 TEST, MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS IRLANDA  USO EN: LABORATORIO CLINICO  MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS  SOLICITUD DE COMPRA : 460, 912, 913, /2014, AR: 142143,57/2014  ENTREGA: INMEDIATO 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	PBA.	\$ 0.34	\$ 217.80 ✓
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$3,937.20 ✓</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	
19/11/14	\$3,937.20	54113		 19/11/14  ADMINISTRACIÓN