



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



ORDEN DE COMPRA No. 190

FECHA: 16 DE MARZO 2015

SEÑORES: **DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-100496-102-6**
TELÉFONO: 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,**
HORARIO DE ATENCION : 7:30 A.M A 11:30 a.m y de 1:30 a - 3:00 PM

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2,000	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, 2 KIT EQUIVALENTES A 2,00 PBAS. (1 COT.)	C/U	\$ 0.34	\$ 680.00 ✓
11,880	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATININA, METODO AUTOMATIZADO, PRESENTACION: 4X990, A ENTREGAR 3 KIT (1 COT.)	C/U	\$ 0.34	\$ 4,039.20 ✓
1	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (HG.) METODO AUTOMATIZADO, SET DE 100 PBAS. ENTREGA: DE 30 A 45 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. (1 COT.) MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS. USO EN: LABORATORIO CLINICO. S/C : 284, 303/2015, AR: 10,20/2015 ENTREGA ITEM 1 Y 2: - 30 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se le cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	SET	\$ 380.00	\$ 380.00
SO.			TOTAL.....	\$5,099.20 ✓

18/03/15
 92.5204

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	
19/3/15	\$ 5,099.20	54113		 Dr. Hector Quiros Lara Torres SUBDIRECCION, H.N.B.B. J.P.M. No. 1877 ADMINISTRACIÓN