



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



ORDEN DE COMPRA No. 385

FECHA: 23 DE JUNIO 2015

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,
 HORARIO DE ATENCION : 7:30 A.M A 11:30 a.m y de 1:30 a 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,960	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA METODO AUTOMATIZADO (1 COT.)	PBAS.	\$ 0.34	\$ 666.40 ✓
1,280	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDH) METODO AUTOMIZADO (1 COT.)	PBAS.	\$ 0.34	\$ 435.20 ✓
3,540	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFORO METODO AUTOMATIZADO (1 COT.)	PBAS.	\$ 0.34	\$ 1,203.60 ✓
750	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) (1 COT.)	PBAS.	\$ 0.34	\$ 255.00 ✓
MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C : 607,585,586,303/2015/2015, AR: 20,66,65,73/2015 ENTREGA: 30 DIAS HABILES 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 nos proporcione nota a LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFJ JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.				
SO.			TOTAL.....	\$2,560.20 ✓

2/2015
 2:00 PM
 3:00 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	
26/6/15	\$2,560.20	57113		 ADMINISTRACIÓN