



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

Ministerio de Salud



## ORDEN DE COMPRA RP-583

FECHA: 01 DE OCTUBRE DE 2012

SEÑORES:

**SERVICIOS QUIRURGICOS S.A DE C.V.**  
**TELEFONO: 2229-1671, FAX: 2229-1609**

**NIT: 0614-240298-105-0**

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:

| CANTIDAD   | DETALLE   | U.M. | PRECIO UNITARIO   | PRECIO TOTAL        |
|------------|---|------|-------------------|---------------------|
| 7          | ARC HBSAG KIT POR 100 PRUEBAS ( 2 COT.)   | KIT  | \$299.00          | \$2,093.00 ✓        |
| 7          | ARC ANTI HCV KIT POR 100 PRUEBAS ( 2 COT.)  | KIT  | \$538.00          | \$3,766.00 ✓        |
| 8          | ARC CHAGAS KIT POR 100 PRUEBAS ( 2 COT.)  | KIT  | \$220.00          | \$1,760.00 ✓        |
|            | MARCA: ABBOTT, ORIGEN: ALEMANIA   |      |                   |                     |
|            | TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DE LABORATORIO   |      |                   |                     |
|            | USO: LABORATORIO CLINICO  |      |                   |                     |
|            | SOLICITUD DE COMPRA No. 909/2012.   |      |                   |                     |
|            | Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunicó que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota, entregar en unidad financiera, autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco HSBC indiccando el nombre y número de la cuenta. |      |                   |                     |
| <b>SO.</b> |   |      | <b>TOTAL.....</b> | <b>\$7,619.00</b> ✓ |

NOTA: Sr. 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 |  |
|----------|----------|------------|-------|--|
| 04/10/12 | \$7,619. | 5413       |       | Dr. Héctor Guillermo Lara Torres<br>SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.<br>J.V.P.M. No. 1876<br><br>ADMINISTRACIÓN |