



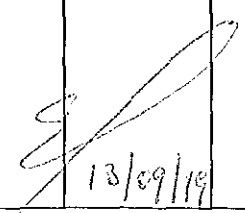
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891



MINISTERIO
DE SALUD

ORDEN DE COMPRA No.713

FECHA: 12 DE SEPTIEMBRE DE 2019
SEÑORES: **SERVICIOS QUIRURGICOS, S.A DE C.V.** NIT: 0614-240298-105-0
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2241-6719 FAX: 2241-6294
DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE




CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
11	PRUEBA PARA DETERMINACION ANTIGENO ANTICUERPO HIV 1/2, (4ta. GENERACION), METODO AUTOMATIZADO, SET (90 - 100) PRUEBAS OFRECEN: ARCHITCT HIV 4TA GENERACIÓN, KIT POR 100 PRUEBAS. VENCIMIENTO: 3 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA	C/U	\$310.00	\$3,410.00
11	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B (HBsAg), METODO AUTOMATIZADO, SET (90 - 100) PRUEBAS OFRECEN: ARCHITCT HEPATITIS B,, KIT POR 100 PRUEBAS. VENCIMIENTO : 3 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA.	C/U	\$310.00	\$3,410.00
11	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO- ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, METODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: ARCHITECT HEPATITIS C. VENCIMIENTO: 3 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA.	C/U	\$540.00	\$5,940.00
12	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMA CRUZI, EN SUERO O PLASMA HUMANO, LISADO PARASITARIO O ANTIGENO PURIFICADO, METODO ELISA, SET (90 - 100) PRUEBAS. OFRECEN: ARCHITECT CHAGAS, KIT POR 100 PRUEBAS. VENCIMIENTO: 4 A 6 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA.	C/U	\$230.00	\$2,760.00
12	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgM DE Treponema pallidum, MICROPOZO SENSIBILIZADO CON ANTIGENOS RECOMBINANTES Y PEPTIDOS SINTETICOS, METODO ELISA, SET (100 - 200) PRUEBAS. OFRECEN: ARCHITECT SYPHILIS REACTIVO KIT POR 100 PRUEBAS. VENCIMIENTO: 3 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA.	C/U	\$230.00	\$2,760.00
	MARCA: ABBOTT ORIGEN: USA/IRLANDA/ALEMANIA			
	TOTAL			<u>\$18,280.00</u>
	ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DEL ÁREA USO EN: Laboratorio Clínico			
Cotiz. 1 DE C/U Solic. 740/2019 oeli./	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.	 13/09/19		PASA

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

13/09/19

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA.

ESPECÍFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	
54113	\$ 18,280.00	20/9/19	CPH	   DIRECCIÓN