



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TELEFONO: 2132-8890, FAX: 2132-8891



## ORDEN DE COMPRA No. 658

FECHA: 18 DE JULIO DE 2014

SEÑORES:

**SERVICIOS QUIRURGICOS , S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007**

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

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
16	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO ANTICUERPOS HIV 1/2 (4TA. GENERACION) METODO AUTOMATIZADO SET (90-100 PRUEBAS), ARCHITECT HIV COMBO 4ta.GENERACION KIT X 100 PRUEBAS ( 1 COT.)  MARCA: ABBOTT ORIGEN: USA, ALEMANIA, IRLANDA  USO EN: LABORATORIO CLINICO  SOLICITUD DE COMPRA : 688/2014, AR: 99/2014  ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD  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 Indidcando el nombre y número de la cuenta.	PBA.	\$ 305.00	\$ 4,880.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b><u>\$4,880.00</u></b>

22/07/2014  
 9:14 am  
 TOTAL.....  
 \$4,880.00

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	
22/7/14	\$4,880.00	SC118		 22/7/014  <b>-ADMINISTRACIÓN</b>