

ORDEN DE COMPRA No. 706 REPROG.3

FECHA: 03 DE OCTUBRE DE 2013

SEÑORES: **SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR S.A DE C.V.**
TELÉFONO: 2241-6282, 2241-6719, FAX: 2241-6294

NIT: 0614-240298-105-0

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

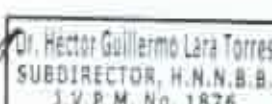
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
8	DETERMINACION DE ANTICUERPOS HEPATITIS B, ARC HBSAG, KIT POR 100 PRUEBAS (1 COT.)	KIT	\$300.00	\$2,400.00
8	DETERMINACION DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA HIV, AXS/ARC HIV COMBO Ag 4A, GENERACION (1 COT.)	KIT	\$305.00	\$2,440.00
8	DETERMINACION DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C, METODO ELISA, AXS/ARC ANTI HCV, KIT POR 100 PRUEBAS (1 COT.)	KIT	\$538.00	\$4,304.00
MARCA: ABBOTT, ORIGEN: USA, ALEMANIA, IRLANDA TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD USO: LABORATORIO CLINICO SOLICITUD DE COMPRA No. 991, 992/2013. Nota. Favor tramitar quedari inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica 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 via electrónica por el BANCO DAVIVIENDA, indicando el nombre y número de la cuenta.				
SO.			TOTAL.....	\$9,144.00

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	
04/10/13	\$9,144.00	54113		  ADMINISTRACIÓN