



**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.670**

**REPOSICIÓN POR DISMINUCIÓN EN ITEM 2**

**FECHA:** 29 DE AGOSTO DE 2019  
**SEÑORES:** PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2200-9700 **CEL** 7838-71 **FAX:** 2200-9701  
**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
1,000	TARJETA DE GEL IgG, DE 6 MICROTUBOS O METODOLOGÍA SIMILAR. 30105896.- N' DE SOLIC. 694/2019	C/U	\$8.50	\$8,500.00
300	OFRECEN: TARJETAS DE GEL IgG DE 6 MICROTUBOS O METODOLOGÍA SIMILAR 30105896 TARJETA DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR PARA TIPEO SANGUINEO DE RECIEN NACIDO DVI (+), DVI (-).- N' DE SOLIC. 996/2019 OFRECEN: TARJETAS DE GEL IgG DE 6 MICROTUBOS O METODOLOGÍA SIMILAR.  MARCA:GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTOS: NO MENOR A 9 MESES	C/U	\$8.50	\$2,550.00
	TOTAL .....			<u>\$11,050.00</u>
	ENTREGA: INMEDIATA USO EN: Banco de Sangre			
	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

Cotiz. 1  
oeli/

*[Handwritten signature]*  
05/09/19

**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.**

ESPECÍFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$11,050. <sup>00</sup>	05/09/19	<i>[Handwritten signature]</i>
			<i>[Handwritten signature]</i>

**DIRECCIÓN.**