



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.714

FECHA: 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019
 SEÑORES: DISTRIBUIDORA SALVEX S.A DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2209-1700 Y 2209-1704 FAX: -
 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
57	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR IgG, IgA, IgM, C3c, C3d, UNIDAD.	C/U	\$16.35	\$931.95
44	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR IgG, DILUCION: 1:10, 1:30, 1:100, 1:300, 1:1000, UNIDAD.	C/U	\$10.61	\$466.84
27	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR IgG1, IgG3, UNIDAD.	C/U	\$16.80	\$453.60
4	SET DE REACTIVO PARA ELUCION ACIDA DE ANTICUERPOS ERITROCITARIOS SET DE (10-20) PRUEBAS MARCA: BIORAD ORIGEN: SUIZA VENCIMIENTO: 6 A 12 MESES	C/U	\$66.00	\$264.00
TOTAL				<u>\$2,116.39</u>
ENTREGA: 30 DIAS DESPUÉS DE ACEPTADA LA ORDEN DE COMPRA.				
USO EN: Banco de Sangre				
Cotiz.1 DE C/U				
Solic. 695/2019				
oeli./				
NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.				

E
13/09/19

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
5013	\$2,116.39	20/09/19	<i>CPD</i>

[Handwritten Signature]

 Dr. Angel Roberto Alvarez Padilla
 DIRECCION.
 H.N.N.B.B.