



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

Lugar y fecha:	San Salvador, 29 de abril de 2020	N° Orden	320
----------------	-----------------------------------	----------	-----

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:	NIT
---	-----

PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V. (TEL 2200-9700-9744-9701)	NIT:
--	------

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
300	C/U	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IgG CONTRA COVID-19.- OFRECEMOS VCM097/COVID-19 VIRCLIA IGG monotest POR TÉCNICA DE QUIMIOLUMINISCENCIA, MÉTODO AUTOMATIZADO. PRESENTACIÓN: SET DE 24 PRUEBAS. N° DE SOLIC. 455/2020	\$ 7.80	\$ 2,340.00
300	C/U	PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IgM / IgA CONTRA COVID-19.- OFRECEN: VCM097/COVID-19 VIRCLIA IGG monotest POR TÉCNICA DE QUIMIOLUMINISCENCIA, MÉTODO AUTOMATIZADO. PRESENTACIÓN: SET DE 24 PRUEBAS. N° DE SOLIC. 457/2020 MARCA: VIRCELL ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: DEL PRODUCTO 12 MESES	\$ 7.80	\$ 2,340.00

TOTAL US\$:			\$ 4,680.00	
--------------------	--	--	--------------------	--

Total en letras: Cuatro mil seiscientos ochenta dólares con 00/100 centavos de los Estados Unidos de América

OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS**

TIEMPO DE ENTREGA: **30 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA**

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$4,680.00	29/04/2020	

FIRMA DEL TITULAR 30/4/2020

Datos del Administrador de la Orden de Compra: Licda. Eda Esmeralda Alvarado Cinco

TELEFONO: 2133-3129 CORREO: almacenreactivo@hospitalbloom.gob.sv

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar el número de la Orden de compra

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

ORIGINAL: SUMINISTRANTE COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD SOLICITANTE COPIA: U.A.C.I.		
---	--	--

FIRMA PROVEEDOR

SELLO PROVEEDOR