

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 junio de 2020		N° Orden	504
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:				NIT	
ESERSKI HERMANOS,S.A DE C.V. (TEL 2271-4349-6018-5801)				0614-1801	
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)	
50	C/U	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. 30105772.- OFRECEN: A-MONO-11H5-10. ANTI-A. SUERO TIPEADOR MONOCLONAL. RATÓN IgM. CLONA A-11H5. TITER (TITULO) A1:1:512 A2B:1:28, COLOR AZUL CLARO.PH7.4. CADA MILILITRO RINDE MÁXIMO 25 PRUEBAS CON GOTTA DE 40ul., UTILIZANDO PIPETAS VOLUMÉTRICAS SEPARADAS.- VENCE: 10/2021	\$ 5.20	\$ 260.00	
50	C/U	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. 30105784.- OFRECEN: B-MONO-6F9-10. ANTI-B. SUERO TIPEADOR MONOCLONAL. RATÓN IgM. CLONA B6F9. TITER (TITULO) 1:512. COLOR AMARILLO CLARO PH7.4 CADA MILILITRO RINDE MÁXIMO 25 PRUEBAS CON GOTTA DE 40ul., UTILIZANDO PIPETAS VOLUMÉTRICAS SEPARADAS.- VENCE: 11/2021	\$ 5.20	\$ 260.00	
50	C/U	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI AB, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. 30105780.- OFRECEN: ANTI AB . SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, RATÓN IgM. CLONA A-5E10-B-2D7. TITULO (TITER) 1:512. COLOR TRANSPARENTE.- VENCE: 27 FRASCOS 12/2020 Y 23 FRASCOS EN 10 MESES. ENTREGARAN CARTA DE COMPROMISO. MARCA: CE IMMUNDIAGNOSTIKA ORIGEN: ALEMANIA	\$ 5.60	\$ 280.00	
TOTAL US\$:				\$ 800.00	

N°cot 3
N° solic. 576-2020
OELI

Total en letras: Ochocientos dólares con 00/100 centavos de los Estados Unidos Americanos

OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN OFERTA

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 800.-	29/06/2020	



FIRMA DEL TITULAR

24/06
29/06/2020

12/12/2020

TELEFONO:

2133-3129

CORREO:

almacenreactivo@hospitalbloom.gob.sv

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

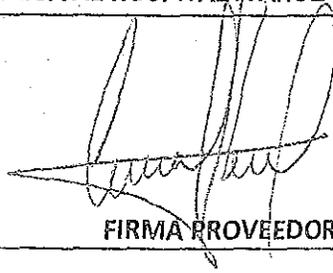
EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

ORIGINAL: SUMINISTRANTE

COPIA: ALMACEN

COPIA: UNIDAD SOLICITANTE

COPIA: U.A.C.I.



FIRMA PROVEEDOR



SELLO PROVEEDOR