



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

449
2-Julio-20

Lugar y fecha:	San Salvador, 02 de julio de 2020	N° Orden	512
----------------	-----------------------------------	----------	-----

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:	NIT
PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V. (TEL 2200-9700-9701)	

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
75	C/U	DESCARTABLE PARA RECOLECTAR DOBLE PAQUETE DE GLOBULOS ROJOS, CON ANTICOAGULANTE ACD, SOLUCIÓN ADITIVA QUE PRESERVE LOS GLOBULOS ROJOS POR 42 DIAS, VOLUMEN CORPOREO DE 250 MILILITRO CON SITIO DE TOMA DE MUESTRA, AGUJA REMOVIBLE CALIBRE 16 G X 1 PULGADA, CON SITIO DE CONEXIÓN DE ANTICOAGULANTE Y SOLUCIONES DE REEMPLAZO QUE CONTENGAN FILTRO BACTERIOLÓGICO Y FILTRO LEUCORREDUCTOR EN LÍNEA. 30503222 MARCA: HAEMONETICS ORIGEN: SUIZA VENCIMIENTO: MAYOR DE 12 MESES	\$ 159.00	\$ 11,925.00

N°cot 1
N° solíc.
561/2020
OELI

TOTAL US\$:	\$ 11,925.00
--------------------	---------------------

Total en letras: Once mil novecientos veinticinco dólares con 00/100 centavos de los Estados Unidos de América

OBSERVACIONES:	
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE INSUMOS MÉDICOS
TIEMPO DE ENTREGA:	INMEDIATO

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
5413	\$11,925.00	2/7/20	<i>[Signature]</i>

[Signature]

 FIRMA DEL TITULAR 2/7/2020

Datos del Administrador de la Orden de Compra: Lic. Cesar Alfredo Lemus Cruz

TELEFONO:	2132-6837	CORREO:	bodegamed@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.

[Signature]
 FIRMA PROVEEDOR

