



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UAGI)

24/8/20  
14 Agosto 2020

|                |                                    |          |     |
|----------------|------------------------------------|----------|-----|
| Lugar y fecha: | San Salvador, 14 de agosto de 2020 | N° Orden | 612 |
|----------------|------------------------------------|----------|-----|

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

| CANTIDAD    | U. M. | DESCRIPCIÓN  | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|-------------|-------|--|------------------------|--------------------|
| 225         | C/U   | FILTRO PARA LEUCOREDUCCIÓN DE GLOBULOS ROJOS LEUCOCITOS RESIDUALES DEL 1 X 106 CON SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD<br>MARCA: HAEMONETICS<br>ORIGEN: MÉXICO/USA<br>VENCIMIENTO: MAYOR DE 12 MESES | \$ 19.95               | \$ 4,488.75        |
| TOTAL US\$: |       |  |                        | \$ 4,488.75        |

N°cot 2  
N° solic. 683-2020  
OELI

Total en letras: Cuatro mil cuatrocientos ochenta y ocho dólares con 75/100 centavos de los Estados Unidos Americanos.

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

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

| ESPECIFICO | VALOR       | FECHA   | FIRMA |
|------------|-------------|---------|-------|
| 54113      | \$ 4,488.75 | 14/8/20 |       |
|            |             |         |       |
|            |             |         |       |

FIRMA DEL TITULAR 14/8/2020

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:

- 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