



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 (UACI)

| | | | |
|----------------|---------------------|-----------|-----|
| Lugar y fecha: | 03 DE MARZO DE 2021 | N° ORDEN: | 203 |
|----------------|---------------------|-----------|-----|

| | |
|--|--------------|
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: | NIT y/o NCR: |
| ESERSKI HERMANOS,S.A DE C.V. (TEL 2271-4349-6018-5801) | |

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|-------|--|------------------------|--------------------|
| 2 | C/U | SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI FYb, FRASCO TRANSPARENTE DE 2 MILILITROS 30105816 | \$ 62.00 | \$ 124.00 |
| 2 | C/U | SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI Jka, FRASCO TRANSPARENTE DE 2 MILILITROS 30105828 | \$ 69.60 | \$ 139.20 |
| 2 | C/U | SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI JKb, FRASCO TRANSPARENTE DE 2 MILILITROS 30105832 | \$ 69.60 | \$ 139.20 |
| 6 | C/U | SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI Lea, FRASCO TRANSPARENTE DE 2 MILILITROS 30105860 | \$ 66.40 | \$ 398.40 |
| 2 | C/U | SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI Leb, FRASCO TRANSPARENTE DE 2 MILILITROS 30105864 | \$ 66.40 | \$ 132.80 |
| 2 | C/U | SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI P1, FRASCO TRANSPARENTE DE 2 MILILITROS 30105884 | \$ 65.50 | \$ 131.00 |
| | | MARCA: CE IMMUNDIAGNOSTIKA | | |
| | | ORIGEN: ALEMANIA | | |
| | | VENCIMIENTO: 12 MESES | | |
| | | | C-192 | |

N°solic. 234-2021 OELI

TOTAL US \$: \$ 1,064.60

TOTAL EN LETRAS: UN MIL SESENTA Y CUATRO DOLARES CON 60/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

| | |
|--------------------|-------------------------------------|
| OBSERVACIONES: | |
| LUGAR DE ENTREGA: | ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS |
| TIEMPO DE ENTREGA: | 30 DIAS HÁBILES |

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1


 FIRMA DEL TITULAR

3/3/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Licda. Eda Esmeralda Alvarado Cinco

TELEFONO: 2133-3139 CORREO: almacenreactivo@hospitalbloom.gob.sv

24/3/2021

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

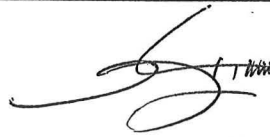
EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

ORIGINAL: SUMINISTRANTE

COPIA: ALMACEN

COPIA: UNIDAD FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.



FIRMA PROVEEDOR

