



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: SAN SALVADOR 03 DE JUNIO DE 2021 N°534

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE

CORESA S.A DE C.V.

Tel. 2535-0700 y 2535-0704

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
1	c/u	CODIGO: 30201294 CD79, Inmunoglobulina monoclonal de ratón antihumano para ser usado en tejido fijado en formaldehido y embebido en parafina, presentación concentrado frasco, 1-2 ml o el equivalente en liofilizado o listo para usarse. CD79 Marca: Diagnostic Biosystems Catálogo MOB118 Presentación: Vial 1 ml Origen: USA. Expiración 12 meses.	\$1,060,00	\$1,060,00
1	c/u	CODIGO 30201357 CITOQUERATINA 7, Inmunoglobulina monoclonal de ratón antihumano para ser usado en tejido fijado en formaldehido y embebido en parafina, presentación concentrado frasco, 1-2 ml o el equivalente en liofilizado o listo para usarse. CITOQUERATINA 7 Marca: Leica Catálogo. CK7-560-L-CE. Presentación: Vial 1 ml Origen: USA Expiración 12 meses.	\$600,00	\$600,00
1	c/u	CODIGO: 30201045 ANTIGENO EPITELIAL DE MEMBRANA (EMA), Inmunoglobulina monoclonal de ratón antihumano para ser usado en tejido fijado en formaldehido y embebido en parafina, presentación concentrado frasco, 1-2 ml o el equivalente en liofilizado o listo para usarse. ANTIGENO EPITELIAL DE MEMBRANA (EMA). Marca: Diagnostic Biosystems Catálogo MOBB401. Presentación: Vial 1 ml Origen: USA Expiración 12 meses.	\$465,00	\$465,00
ARACELY 1 COTIZ N° S/C 521/2021				
<b>TOTAL US \$:</b>				<b>\$2,125,00</b>

DOS MIL CIENTO VEINTICINCO DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA 00/100

OBSERVACIONES: PATOLOGIA

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

TIEMPO DE ENTREGA: 45 DÍAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA

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

CONFIRMACION DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA 478

FIRMA DEL TITULAR



7/6/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: DRA. ILIANA MARIA HERNANDEZ DE HERNANDEZ

TELEFONO: 21333129

CORREO: almacenreactivos@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 FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.

FIRMA PROVEEDOR

CORESA DE C.V.  
SELLO PROVEEDOR