

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



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: **14 DE JULIO 2021** N° ORDEN: **676**

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	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE TRIMETOPRIM SULFAMETOXASOL 1.25/23.75µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 1 COTIZ	\$5.50	\$11.00
2	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE SEFTRIAOXONA 30µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 1 COTIZ	\$5.50	\$11.00
4	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFTAZIDIMA 30µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 2 COTIZ	\$5.50	\$22.00
3	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CEFALOTINA 30µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 1 COTIZ	\$5.50	\$16.50
2	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE ERITROMICINA 15µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 2 COTIZ	\$5.50	\$11.00
2	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE PENICILINA 10 UI, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 2 COTIZ	\$5.50	\$11.00
2	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULANICO 20/10 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 1 COTIZ	\$5.50	\$11.00
3	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE PIPERACILINA 100µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 1 COTIZ	\$5.50	\$16.50
2	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE VANCOMICINA 30µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 2 COTIZ	\$5.50	\$11.00
2	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE CLINDAMICINA 2µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 2 COTIZ	\$5.50	\$11.00
2	C/U	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE RIFAMPICINA 5 µg, VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. 1 COTIZ	\$5.50	\$11.00
N°solic.532-2021 DELI		MARCA: OXOID/THERMO SCIENTIFIC ORIGGEN: INGLATERRA VENCIMIENTOS 12 MESES		
			C-593	

TOTAL US \$:

\$ 143.00

TOTAL EN LETRAS: CIENTO CUARENTA Y TRES DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES:	USO EN LABORATORIO CLÍNICO
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS
TIEMPO DE ENTREGA:	5 Y 45 DIAS HÁBILES

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

FIRMA DEL TITULAR

19/7/2021

16/501

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Dra. Iliana Maria Hernández de Hernández y Licda. Samantha Verónica Perdomo Alvarado

TELEFONO: 2133-3257

CORREO: divdiagnostico@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



SELLO PROVEEDOR