

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: | 29 DE SEPTIEMBRE DE 2021 | N° ORDEN: | 974 | |
|--|--------------------------|---|------------------------|--------------------|
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: | | NIT y/o NCR: | | |
| PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V. (TEL 2200-9700) | | | | |
| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
| 150 | PBS | PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-SMITH, MÉTODO ELISA. MARCA: INOVA DIAGNOSTICS ORIGEN: ESTADOS UNIDOS VENCIMIENTO: 7 A 10 MESES <p style="text-align: center;">C-951</p> | \$ 13.50 | \$ 2,025.00 |
| N° cot. 1 C/U N°solic. 1123-2021 EDUARDO | | | | |
| TOTAL US \$: | | | | \$ 2,025.00 |

24/9/21
29 Sept. 21

TOTAL EN LETRAS: DOS MIL VEINTICINCO 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: | 30 DIAS AL EMITIR ORDEN DE COMPRA |

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

FIRMA DEL TITULAR

29/9/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:
NOMBRE: Dra. Iliana Maria Hernández de Hernández y Licda. Samantha Verónica Perdomo Alvarado
TELEFONO: 2133-3129 **CORREO:** ilinana.hernandez@salud.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 | SEÑALADO PROVEEDOR |
|--|------------------------|---------------------------|