

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: **04 DE OCTUBRE DE 2021** N° ORDEN: **1001**

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\$)
3,600	C/U	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR PARA FENOTIPO RH (GEce) Y Kell, UNIDAD. 30105905 VENCE: 6 A 9 MESES	\$ 8.50	\$ 30,600.00
600	C/U	TARJETA DE GEL O TECNOLOGÍA SIMILAR PARA TIPO SANGUINEO DE RECIEN NACIDO (+), DVI(-) VENCE: NO MENOR A 9 MESES	\$ 8.50	\$ 5,100.00
24	C/U	TARJETA DE GEL NEUTRAL, DE 6 MICROTUBOS O METODOLOGÍA SIMILAR 30105900.- VENCIMIENTO: NOMENOR A 9 MESES	\$ 8.50	\$ 204.00
2,400	C/U	TARJETA DE GEL IgG, DE 6 MICROTUBOS O METOTEDOLOGÍA SIMILAR 30105896.- VENCIMIENTO DE 6 A 9 MESES	\$ 8.50	\$ 20,400.00
N° cot. 1 C/U		MARCA: GRIFOLS		
N°solic. 1076-2021		ORIGEN:ESPAÑA		
EDUARDO		VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES		
			C-990	

TOTAL US \$: \$ 56,304.00

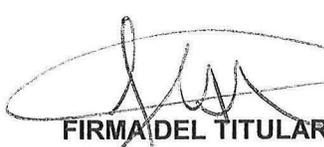
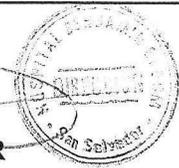
TOTAL EN LETRAS: CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUATRO DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES: USO EN BANCO DE SANGRE

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO

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


FIRMA DEL TITULAR


6/10/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Dra. Iliana Maria Hernandez de Hernandez y Lic. Jaime del Carmen Alfaro Mendoza

TELEFONO: 2133-3266 Y 2133-3257 CORREO: iliana.hernandez@salud.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 FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.


FIRMA PROVEEDOR

