

**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:	San Salvador, 04 de Noviembre de 2021	N° ORDEN:	1130
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V (2200-9700 / 2200-9701)			

**REPOSICIÓN POR CAMBIO DE ALMACÉN**

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
4800	C/U	TARJETA DE GEL DG GEL RH PHENO MAS KELL PRESENTACIÓN: 50 TARJETAS MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: 6-9 MESES TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO	\$ 8.50	\$ 40,800.00
800	C/U	TARJETA DE GEL DG GEL NEW BORN PRESENTACIÓN: 50 TARJETAS MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO	\$ 8.50	\$ 6,800.00
28	C/U	TARJETA DE GEL DG GEL NEUTRAL DE 6 8 MICROTUBOS PRESENTACIÓN: 50 TARJETAS MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO	\$ 8.50	\$ 238.00
3200	C/U	TARJETA DE GEL ANTI IGG PRESENTACIÓN: 50 TARJETAS MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VENCIMIENTO: 6-9 MESES TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO	\$ 8.50	\$ 27,200.00

C- 1076

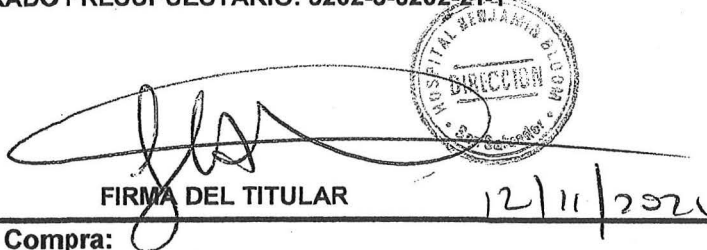
**TOTAL US \$:**

\$ 75,038.00

Setenta y cinco mil treinta y ocho dólares con 00/100 centavos

OBSERVACIONES:	Uso en Banco de Sangre
LUGAR DE ENTREGA:	Almacén de Reactivos
TIEMPO DE ENTREGA:	Según cada ítem

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

  
**FIRMA DEL TITULAR**

**datos del Administrador de la Orden de Compra:**  
**NOMBRE:** Dra. Iliana Maria Hernández de Hernández y Lic. Jaime Alfaro Mendoza  
**TELÉFONO:** 2133-3257 **CORREO:** [iliana.hernandez@salud.gob.sv](mailto:iliana.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



*Handwritten notes:*  
11-03  
12/16/21

*Handwritten notes:*  
por g. Lem  
16/11/2021

