

**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 (UAGI)**

Lugar y fecha:	San Salvador, 01 de diciembre de 2021	N° ORDEN:	RP-98
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
ESERSKI HERMANOS, S.A DE C.V (2271-4349)			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
2	C/U	<p>SOLICITAMOS: SET DE LATEX PARA DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE STREPTOCOCCUS GRUPO B, HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS A, B, C, Y, W 135. ESCHERICHIA COLI K1.</p> <p>OFRECEN: WELLCOGEN. ENSAYO RÁPIDO DE LÁTEX PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DE LOS ANTIGENOS DE LOS ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO B, HAEMOPHILUS INFLUENZAE DEL TIPO B, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (NEUMOCOCOS), NEISSERIA MENINGITIDIS ( MENINGOCOCOS) DE LOS GRUPOS A,B,C,Y Ó W135 Y ESCHERICHIA COLI K1 PRESENTES EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR) COMO CONSECUENCIA DE UNA ONFECCIÓN</p> <p>PRESENTACIÓN: KIT DE 30 PRUEBAS MARCA: REMEL/THERMO SCIENTIFIC ORIGEN: USA/INGLATERRA VENCIMIENTO: 8 MESES</p>	\$ 1,250.00	\$ 2,500.00
				\$ 2,500.00

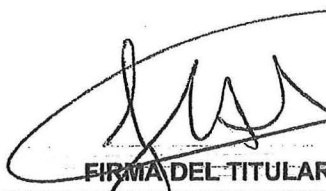
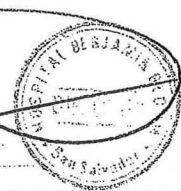
Solic: 1251/2021  
Cotiz 1 M.H

C- 1182

**Dos mil quinientos dólares con 00/100 centavos**

<b>OBSERVACIONES:</b>	Uso en Laboratorio Clínico
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	Almacén de Reactivos
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	45 días hábiles

**CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-2**

  
 FIRMA DEL TITULAR
 
11/22/2021

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**  
**NOMBRE:** Licda. Samantha Verónica Perdomo  
**TELEFONO:** 2133-3142 **CORREO:** [samantha.perdomo@salud.gob.sv](mailto:samantha.perdomo@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		

*Handwritten signature and date*  
18/12/2021

*Handwritten signature*

