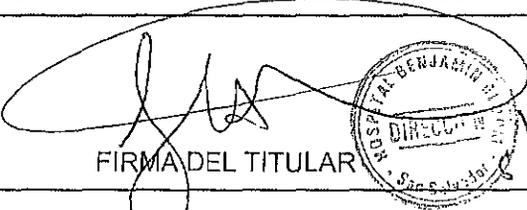


Lugar y Fecha: San Salvador 04 abril 2022	N° ORDEN 304-1
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE	NIT y/o NCR
PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. TEL 2200-9700	

CANTIDAD	U.M.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
4320	C/U	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGIA SIMILAR PARA FENOTIPO RH(CECE) Y KELL UNIDAD MARCA: GRIFOLS, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES	\$8.50	\$36,720.00
600	C/U	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGIA SIMILAR P/TIPEO SANGUINEO DE RECIEN NACIDO MARCA: GRIFOLS, ORIGEN: ESPAÑA, VENCIMIENTO: NO MENOR A 9 MESES	\$8.50	\$5,100.00
TOTAL (US\$)				\$41,820.00

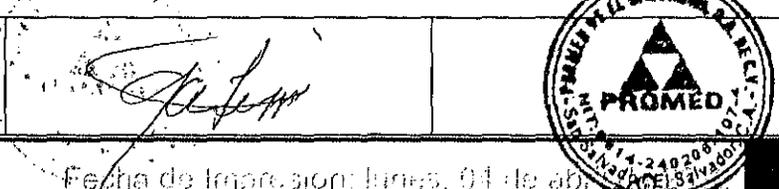
TOTAL EN LETRAS: CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTE DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA
OBSERVACIONES: USO EN BANCO DE SANGRE PARA ESTUDIO DE DONANTES Y PACIENTES
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE REACTIVOS
TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO
N° Certificacion 284 CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1
 FIRMA DEL TITULAR

Datos del Administrador de la Orden de Compra(Segun Acuerdo N° HNNBB013):
NOMBRE: JAIME DEL CARMEN ALFARO MENDOZA
TELEFONO: 2133-3174 CORREO: jaimel.alfaro@salud.gob.sv
Proceso de Compra elaborado por: MELISSA ABIGAIL HERNANDEZ SOSA Extension: 1996

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 cancelacion, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor Mencionar el numero 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	