

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE COMPRAS PUBLICAS

Lugar y fecha:	San Salvador, 28 de noviembre de 2023	Nº ORDEN: CD-122023-1
----------------	---------------------------------------	-----------------------

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:	NIT y/o NCR:
---	--------------

SCIENTIFIC INSTRUMENTS, S.A DE C.V. TEL 2527-3603 Y 2527-3600	0614-70902-0340
---	-----------------

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
6	PBS	PRUEBA RÁPIDA CUALITATIVA PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI VIH 1/2, BASADA EN PRINCIPIO DE CROMATOGRFÍA EN TIRA, CON RESPUESTA DE 15-30 MINUTOS, VOLUMEN DE MUESTRA DE (10 - 50) MICRO LITROS, SET 100 PRUEBAS.	\$209.05	\$1,254.30
Solic: CD122023-HNNBB Cotiz 1				

TOTAL US \$: \$ 1,254.30

MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO DOLARES CON 30/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

MARCA: ABBOTT RDX DETERMINE

ORIGEN: JAPON

VENCIMIENTOS: 12 MESES

OBSERVACIONES: PRECIO INCLUYE IVA

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN SOLICITUD DE OFERTAS

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1 CF 137

Dr. Angel Ernesto Alvarado Rodriguez
Director



28/11/2023

Datos del Administrador de la Orden de Compra

Nombre: Lidia Samantha Verónica Perdomo Alvarado

TELEFONO: 2133-3142 o al 2133-3159 CORREO: samantha.perdomo@salud.gob.sv

NOMBRE DE TECNICO UCP	Oscar Eduardo Linares Interiano	Tel. y Ext.	2132-6890	1857
-----------------------	---------------------------------	-------------	-----------	------

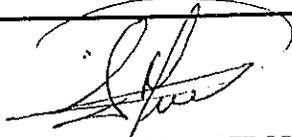
NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

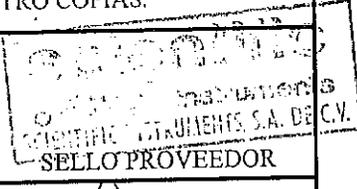
Handwritten notes and signatures on the right side of the document, including a date stamp '04-DIC-23' and '9:25 am', and a date stamp 'NOV 2023' at the bottom right corner.

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.

ORIGINAL: SUMINISTRANTE
COPIA: ALMACEN
COPIA: UNIDAD FINANCIERA
COPIA: UCP


FIRMA PROVEEDOR


SELO PROVEEDOR

Nombre Completo de quien retira la O d C

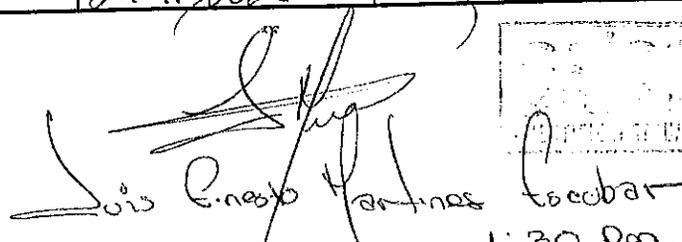
Luis Ernesto Martínez Escobar

Fecha:

29-11-2023

Hora:

1:30 Pm.


Luis Ernesto Martínez Escobar
29-11-2023 1:30 Pm.

