



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNIDOS CRECEMOS TODOS

ORDEN DE COMPRA No.410



FECHA: 28 DE MARZO DE 2019
SEÑORES: SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR S.A DE C.V. **NIT:**
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO **TEL:** 2241-6719 **FAX:** 2241-6294
DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS **DE:** 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
22	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO ANTICUERPO HIV 1/2, (4ta. GENERACIÓN), MÉTODO AUTOMATIZADO, SET (90-100) PRUEBAS. OFRECEN: ARCHITECT VIH 4TA GENERACIÓN KIT POR 100 PRUEBAS. (Vencimiento 3 meses)	SET	\$310.00	\$6,820.00
22	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B (HBsAg), MÉTODO AUTOMATIZADO, SET (90-100) PRUEBAS. OFRECEN: ARCHITECT HEPATITIS B , KIT POR 100 PRUEBAS. (Vencimiento 3 meses)	SET	\$310.00	\$6,820.00
22	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO - ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, MÉTODO AUTOMATIZADO. OFRECEN: ARCHITECT HEPATITIS C (Vencimiento 3 meses)	SET	\$540.00	\$11,880.00
24	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMA CRUZI, EN SUERO O PLASMA HUMANO, LISADO PARASITARIO O ANTÍGENO PURIFICADO, MÉTODO ELISA, SET (90-100) PRUEBAS. OFRECEN: ARCHITECT CHAGAS, KIT POR 100 PRUEBAS. (Vencimiento 4 a 6 meses)	SET	\$230.00	\$5,520.00
24	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IgM DE TREPONEMA PALLIDUM, MICROPOZO SENSIBILIZADO CON ANTÍGENOS RECOMBINANTES Y PEPTIDOS SINTÉTICOS, MÉTODO ELISA, SET (100-200) PRUEBAS. OFRECEN: ARCHITECT SYPHILIS REACTIVO KIT POR 100 PRUEBAS. (Vencimiento 3 meses) MARCA: ABBOTT ORIGEN: USA/IRLANDA/ALEMANIA	SET	\$230.00	\$5,520.00
	TOTAL			<u>\$36,560.00</u>
	ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DEL ÁREA USO EN: Laboratorio Clínico			
Cotiz. 1 C/U Solic. 05-342-2019 oell./	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

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.

ESPECÍFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	 ADMINISTRACIÓN 
54113	\$36,560. ⁰⁰	03/4/19	