



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

*24/ep
25-Agosto*

Lugar y fecha:

San Salvador, 24 de agosto de 2,020

N° Orden

630

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:

NIT

SERVICIOS QUIRURGICOS, S.A DE C.V. (TEL 2241-6719)

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
44	SET	PRUEBA PARA DETERMINACION ANTIGENO ANTICUERPO HIV 1/2, (4ta. GENERACION), METODO AUTOMATIZADO, SET (90 - 100) PRUEBAS. - OFRECEN: ARCHITECT HIV 4TA GENERACIÓN, KIT POR 100 PRUEBAS. VENCE 3 MESES.	\$315.00	\$ 13,860.00
44	SET	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B (HBsAg), METODO AUTOMATIZADO, SET (90 - 100) PRUEBAS. - OFRECEN: ARCHITECT HEPATITIS B, KIT POR 100 PRUEBAS. VENCE 3 MESES	\$315.00	\$ 13,860.00
48	SET	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMA CRUZI, EN SUERO O PLASMA HUMANO, LISADO PARASITARIO O ANTIGENO PURIFICADO, METODO ELISA, SET (90 - 100) PRUEBAS. - OFRECEN: ARCHITECT CHAGAS, KIT POR 100 PRUEBAS. VENCE: 4-6 MESES MARCA: ABBOTT ORIGEN: USA/IRLANDA/ALEMANIA	\$260.00	\$ 12,480.00

N°cot 1 C/u
N° solíc.
729/2,020
OELI

TOTAL US\$:

\$ 40,200.00

Total en letras: Cuarenta mil doscientos dólares con 00/100 centavos de los Estados Unidos de América

OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

TIEMPO DE ENTREGA: SEGÚN NECESIDAD DEL ÁREA

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
534/13	\$ 40,200.00	25/8/20	<i>CE</i>

[Handwritten Signature]

FIRMA DEL TITULAR

25/8/2020

Datos del Administrador de la Orden de Compra: Licda. Eda Esmeralda Alvarado Cinco

TELEFONO:

2133-3129

CORREO:

almacenreactivo@hospitalbloom.gov.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

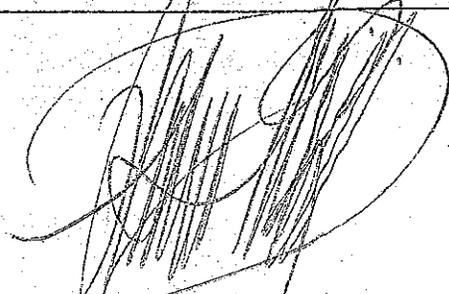
EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

ORIGINAL: SUMINISTRANTE

COPIA: ALMACEN

COPIA: UNIDAD SOLICITANTE

COPIA: U.A.C.I.



FIRMA PROVEEDOR



SELLO PROVEEDOR