



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)

Lugar y fecha:	San Salvador, 10 de noviembre de 2020	N° Orden	862
----------------	---------------------------------------	----------	-----

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\$)
10	SET	PRUEBA PARA DETERMINACION ANTIGENO ANTICUERPO HIV 1/2, (4ta. GENERACION), METODO AUTOMATIZADO, SET (90 - 100) PRUEBAS.- <b>OFRECEN:</b> ARCHITECT HIV 4ta GENERACIÓN, KIT POR 100 PRUEBAS. <b>VENCIMIENTO:</b> 3 MESES	\$ 315.00	\$ 3,150.00
18	SET	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B (HBsAg), METODO AUTOMATIZADO, SET (90 - 100) PRUEBAS.- <b>OFRECEN:</b> ARCHITECT HEPATITIS B, KIT POR 100 PRUEBAS. <b>VENCIMIENTO:</b> 3 MESES	\$ 315.00	\$ 5,670.00
35	SET	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENO-ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, METODO AUTOMATIZADO.- <b>OFRECEN:</b> ARCHITECT HEPATITIS C. <b>VENCIMIENTO:</b> 3 MESES	\$ 540.00	\$ 18,900.00
13	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.- <b>OFRECEN:</b> ARCHITECT CHAGAS, KIT POR 100 PRUEBAS. <b>VENCIMIENTO:</b> 4 A 6 MESES	\$ 260.00	\$ 3,380.00
12	SET	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgM DE Treponema pallidum, MICROPOZO SENSIBILIZADO CON ANTIGENOS RECOMBINANTES Y PEPTIDOS SINTETICOS, METODO ELISA, SET (100 - 200) PRUEBAS.- <b>OFRECEN:</b> ARCHITECT SYPHILIS REACTIVO KIT POR 100 PRUEBAS, KIT POR 100 PRUEBAS. <b>VENCIMIENTO:</b> 3 MESES MARCA: ABBOTT ORIGEN: USA/IRLANDA/ALEMANIA	\$ 260.00	\$ 3,120.00

N°cot 1C/U  
N° solíc. 906-2020  
OELI

**TOTAL US\$: \$ 34,220.00**

Total en letras: Treinta y cuatro mil doscientos veinte dolares con 00/100 centavos de los Estados Unidos Americanos.

OBSERVACIONES:	
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS
TIEMPO DE ENTREGA:	SEGÚN NECESIDAD DEL ÁREA

249  
10. Nov. 20

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 34,220.00		
C-142			



*[Handwritten Signature]*  
**FIRMA DEL TITULAR** 11/11/2020

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

TELEFONO: 2133-3129 CORREO: almacenreactivo@hospitalbloom.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 SOLICITANTE  
 COPIA: U.A.C.I.

*[Handwritten Signature]*  
**FIRMA PROVEEDOR**



**SELLO PROVEEDOR**