



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: 02 DE MARZO DE 2021 N° ORDEN: 197

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

DIAGNOSTIKA CAPRIS S.A DE C.V (TEL 2260-2222)

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
5,100	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEINAS TOTALES, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 1,989.00
300	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMILASA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 117.00
4,200	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA DIRECTA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 1,638.00
600	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD, (HDL), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 234.00
600	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BAJA DENSIDAD (LDL), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 234.00
8,250	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 3,217.50
1,800	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 702.00
690	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 269.10
450	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATÍN FOSFOQUINASA TOTAL (CPK) MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 175.50
3,900	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 1,521.00
N° cot. 1C/U		MARCA: BECKMAN COULTER		
N°solic. 129-2021		ORIGEN: ESTADOS UNIDOS		
OELI		VENCIMIENTO: 5 A 8 MESES	C-199	

TOTAL US \$: \$ 10,097.10

TOTAL EN LETRAS: DIEZ MIL NOVENTA Y SIETE DOLARES CON 10/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

TIEMPO DE ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES

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

FIRMA DEL TITULAR

Handwritten signature and official stamp of the Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom.

3/3/2021

Handwritten notes: 249, 3, 4/25/20

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: 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 FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.



FIRMA PROVEEDOR

**DIAGNOSTIKA
CAPRIS S.A. de C.V.**
San Salvador, El Salvador, C. A.

SELLO PROVEEDOR