



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:	18 DE MAYO DE 2021	N° ORDEN:	456
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\$)
240	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE AMILASA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 93.60
3990	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINA TOTAL, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 1,556.10
910	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE COLESTEROL TOTAL, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 354.90
7920	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 3,088.80
7800	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE UREA (NITROGENO UREICO), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 3,042.00
7800	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FOSFORO, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 3,042.00
7800	PBS	PRUEBA PARA LA DETRMINACIÓN DE CALCIO, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 3,042.00
7750	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE MAGNESIO, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 3,022.50
1875	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR) MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 731.25
N° cot. 1 C/U		MARCA: BECKMAN COULTER		
N°solic. 552-2021		ORIGEN: ESTADOS UNIDOS	C-411	
OELI		VENCIMIENTOS: DE 5 A 8 MESES		

TOTAL US \$: \$ 17,973.15

TOTAL EN LETRAS: DIECISIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES DOLARES CON 15/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES:	USO EN LABORATORIO CLÍNICO
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE REACTIVOS
TIEMPO DE ENTREGA:	ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES

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

*[Firma manuscrita]*  
  
**FIRMA DEL TITULAR**

21/5/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Dra. Ileana Maria Hernandez de Hernandez y Licda. Samantha Veronica Perdomo Alvarado

TELEFONO: 2133-3257 CORREO: [divdiagnostico@hospitalbloom.gob.sv](mailto:divdiagnostico@hospitalbloom.gob.sv)

21/5/21  
20 mayo 21

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



SELLO PROVEEDOR