



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)

21/5/21
20 Mayo 21

Lugar y fecha:	19 DE MAYO DE 2021		N° ORDEN:	460
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\$)
300	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA HORMONA PARATIROIDEA, MÉTODO AUTOMATIZADO.- VENCE 5 A 8 MESES SOLIC. 566-2021.- C-412	\$ 3.40	\$ 1,020.00
300	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IgM DE TOXOPOLASMA GONDII, MÉTODO AUTOMATIZADO.- VENCE 5 A 8 MESES.- SOLIC. 566-2021.- C-412	\$ 6.00	\$ 1,800.00
400	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO (IBCT), MÉTODO AUTOMATIZADO.- VENCE 5 A 12 MESES.- SOLIC. 467-2021.- C-413	\$ 0.39	\$ 156.00
N° cot. 1 C/U		MARCA BECKMAN COULTER		
OELI		ORIGEN ESTADOS UNIDOS		
TOTAL US \$:				\$ 2,976.00

TOTAL EN LETRAS: DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

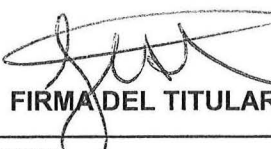
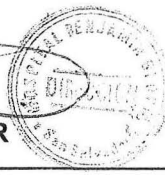
OBSERVACIONES: USO EN LABORATORIO CLÍNICO

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE REACTIVOS

TIEMPO DE ENTREGA: ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES

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

FIRMA 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

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