

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



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:	19 DE JULIO DE 2021	N° ORDEN:	754	
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\$)
2,320	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIGLICÉRIDOS, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 904.80
16,500	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE CREATININA, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 6,435.00
3,600	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ÚRICO, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 1,404.00
15,600	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE FÓSFORO, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 6,084.00
15,600	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE MAGNESIO, MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 6,084.00
3,750	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO (LCR), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 0.39	\$ 1,462.50
600	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1c), MÉTODO AUTOMATIZADO. VENCE : DE 4 A 8 MESES	\$ 2.50	\$ 1,500.00
N° cot. I C/U		MARCA: BECKMAN COULTER		
N° solic. 869-2021		ORIGEN: ESTADOS UNIDOS		
DELI		VENCIMIENTOS: DE 5 A 12 MESES		
TOTAL US \$:				\$ 23,874.30

26/7/21

TOTAL EN LETRAS: VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO DOLARES CON 30/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES: USO EN LABORATORIO CLÍNICO

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE REACTIVOS

TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS HÁBILES

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

FIRMA DEL TITULAR



26/7/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Dra. Iliana 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:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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