

**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:		22 DE SEPTIEMBRE DE 2021	N° ORDEN:	929
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\$)
2,700	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 3.00	\$ 8,100.00
2,700	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TETRAYODOTIRONINA LIBRE (T4), METODO AUTOMATIZADO.	\$ 3.00	\$ 8,100.00
2,700	PBS	PRUEBA PARA LA DETRMINACION DE LA HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH), MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 3.00	\$ 8,100.00
300	PBS	PRUEBA RÁPIDA PARA LA DETERMINACIÓN DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (HG) MÉTODO AUTOMATIZADO.	\$ 3.40	\$ 1,020.00
1,500	PBS	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE FERRITINA, METODO AUTOMATIZADO.	\$ 3.40	\$ 5,100.00
N° cot. 1 C/U		MARCA: BECKMAN COULTER		
N° solíc. 1008-2021		ORIGEN: ESTADOS UNIDOS	C-932	
EDUARDO		VENCIMIENTO: 5 A 12 MESES		
<b>TOTAL US \$:</b>				<b>\$ 30,420.00</b>

TOTAL EN LETRAS: TREINTA MIL CUATROCIENTOS VEINTE DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES:	USO EN LABORATORIO CLÍNICO
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS
TIEMPO DE ENTREGA:	30 DIAS HÁBILES

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

FIRMA DEL TITULAR



24/9/2021

**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: [iliana.hernandez@salud.gob.sv](mailto:iliana.hernandez@salud.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

24/9/2021