

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: San Salvador, 03 de Septiembre de 2021 N° ORDEN: **RP-60**

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

"REPOSICIÓN POR CORRECCIÓN EN DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO"

LABYMED, S.A. DE C.V. (2207-2310)

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|-----------------------------------|-------|--|------------------------|--------------------|
| 24 | SET | PRUEBA RAPIDA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA PALLIDUM EN SUERO Y PLASMA HUMANO, METODO INMUNOENSAYO CUALITATIVA EN FORMATO DE CASSETTE, LECTURA VISUAL DE FLUJO LATERALEN 15 MINUTOS, SET DE 20 PRUEBAS.- OFRECEN: PRUEBA RAPIDA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA PALLIDUM EN SUERO Y PLASMA HUMANO, METODO INMUNOENSAYO CUALITATIVA EN FORMATO DE CASSETTE, LECTURA VISUAL DE FLUJO LATERALEN 15 MINUTOS, SET DE 30 PRUEBAS Marca: Standar Diagnostic (SD) Origen: Republica de Corea Vencimiento : No menor a un Año <p style="text-align: center;">C-834</p> | \$ 36.00 | \$ 864.00 |
| Solic: 920-2021 Cotiz 2 E.L | | | | |

TOTAL US\$: \$ 864.00

OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO DOLARES CON 00/100 CENTAVOS

| | |
|--------------------|-------------------------------------|
| OBSERVACIONES: | Usó en Laboratorio Clínico |
| LUGAR DE ENTREGA: | Almacen de Medicamentos y Reactivos |
| TIEMPO DE ENTREGA: | 30 días hábiles |

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-2

FIRMA DEL TITULAR

13/9/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Dra. Iliana Maria Hernandez de Hernandez y Licda. Samantha verónica Perdomo Alvarado

TELEFONO 2133-3158 CORREO: 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

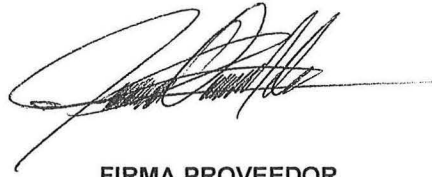
13 Supl

ORIGINAL: SUMINISTRANTE

COPIA: ALMACEN

COPIA: UNIDAD FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.



FIRMA PROVEEDOR

LabyMed S.A. de C.V.
Un equipo a su servicio
Telefax: 2207-2310
Col. San Mateo, Calle La Asunción
Pol. "D" # 37, S.S.

SELLO PROVEEDOR