

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, 30 de noviembre de 2021	N° ORDEN:	RP-96
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V (2200-9730)			

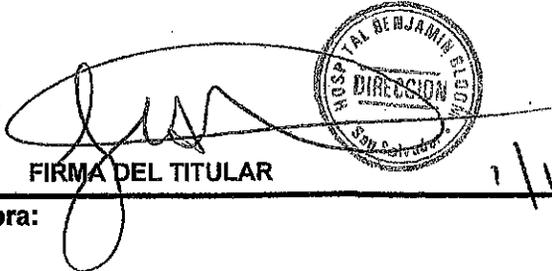
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
300	PBS	SOLICITAMOS: PRUEBA CUALITATIVA Y SEMICUANTITATIVA PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES HEP-2 POR INMUNOFUORESCENCIA, SET 60 PRUEBAS. OFRECEN: QUANTA FLASH CTD SCREEN POR TECNICA DE QUIMIOLUMINISCENCIA CON SUS CONTROLES Y CALIBRADORES CON EQUIPO BIOFLASH.	\$ 13.50	\$ 4,050.00
300	PBS	SOLICITAMOS: PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTI DNA. OFRECEN: QUANTA FLASH ANTI-DNA POR TECNICA DE QUIMIOLUMINISCENCIA CON SUS CONTROLES Y CALIBRADORES CON EQUIPO BIOFLASH VENCIMIENTO DE 8 A 10 MESES INCLUYE BAÑO MARIA PARA MUESTRAS CARACTERISTICAS DEL EQUIPO: INGRESO DE MUESTRAS ALEATORIO RESULTADOS EN 30 MINUTOS TECNICA ALTAMENTE SENSIBLE MANTENIMIENTO AUTOMATICO CAPACIDAD DE 20 REACTIVOS A BORDO PANTALLA TOUCH PARA MANEJO DE EQUIPO MONTAJE DE MUESTRA EN TUBO PRIMARIO CON SU MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CUANDO AMERITE AMPLIO MENU DE PRUEBAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES MARCA: INOVA DIAGNOSTICS ORIGEN: ESTADOS UNIDOS	\$ 13.00	\$ 3,900.00
C- 1178				
TOTAL US\$				\$ 7,950.00

Solic: 1259/2021
Cotiz M.H

Siete mil novecientos cincuenta dólares con 00/100 centavos

OBSERVACIONES:	Uso en Laboratorio Clínico
LUGAR DE ENTREGA:	Almacén de Reactivos
TIEMPO DE ENTREGA:	30 días calendario

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


FIRMA DEL TITULAR

1/12/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Licda. Samantha Verónica Perdomo

TELEFONO: 2133-3142

CORREO: samantha.perdomo@salud.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.**

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.

[Handwritten signature]
11835000
01/2/2021

[Handwritten signature]

FIRMA PROVEEDOR



SELLO PROVEEDOR

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
3/12/2021

