



## MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

### VERSIÓN PÚBLICA

*“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes (direcciones y números de documentos personales)”.*

*(Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del Lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)*

*“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”*

<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional de Ilobasco	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISION NO:
UACI Hospital de Ilobasco	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	
	-	

## ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	<b>Ilobasco, Cabañas 16 de Septiembre del 2015</b>	<b>No.Orden:175/2015</b>
----------------	----------------------------------------------------	--------------------------

### RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE NIT

FARLAB, S. A. DE C. V.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE REACTIVOS PARA USO EN LABORATORIO CLINICO/ADMINISTRADORA DE CONTRATO: LICDA. ARLINE MARTINEZ JEFE DE LABORATORIO/SOLICITUD N° 72	-	-
2	Set	REGLON N° 1,CODIGO:30106138,PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENOS FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA), METODO DE AGLUTINACION EN LAMINA, SET, CON CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO,MARCA: SPINREACT,VENCIMIENTO: NO MENOR A 12 MESES	\$30.00	\$60.00
40	Set	REGLON N° 2,CODIGO:30106074,PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS,MARCA: SPINREACT VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$16.00	\$640.00
5	Frasco	REGLON N°4,CODIGO:30105024,ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS,MARCA: SPINREACT, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$6.50	\$32.50
10	Frasco	REGLON N° 5,CODIGO:30105772,SUERO TIPIADOR MONOCLONAL ANTI A FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML,MARCA: SPINREACT,VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$2.75	\$27.50
10	Frasco	REGLON N°6,CODIGO:30105784,SUERO TIPIADOR MONOCLONAL ANTI B FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML,MARCA:SPINREACT,VENCE:NO MENOR A 12 MESES	\$2.75	\$27.50
10	Frasco	REGLON N° 8,CODIGO:30105800,SUERO TIPIADOR MONOCLONAL ANTI D FRASCO DE 10 ML,MARCA: SPINREACT, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$6.50	\$65.00
5	Frasco	REGLON N° 9,CODIGO:30105004,ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS,MARCA: SPINREACT,VENCE:NO MENOR A 12 MESES	\$4.50	\$22.50
2	Set	REGLON N°10,CODIGO:30106708,PRUEBA PARA SIFILIS(RPR) PARA DETECCION DE REAGINAS EN SUERO O PLASMA, CON PARTICULAS DE CARBON, PIPETAS DESCARTABLES,FRASCO CON TAPON,AGUJA DISPENSADORA,TRARJETAS Y SUEROS CONTROLES SET DE 500 PRUEBAS,MARCA: SPINREACT,VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$26.00	\$52.00
400	Cada Uno	REGLON N° 11,CODIGO:30106714,PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE GONADOTROPINA CORIONICA EN SANGRE U ORINA, SET DE 100 PRUEBAS,MARCA:BIOTEST,VENCE:NO MENOR A 12 MESES	\$0.28	\$112.00
1	Set	REGLON N° 13,CODIGO:30106710,PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgM DE HEPATITIS B, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO, SET (25) PRUEBAS,MARCA:BIOTEST,VENCE:01/2017	\$17.50	\$17.50
1	Set	REGLON N° 14,CODIGO:30106711,PRUEBA RÁPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, MÉTODO INMUNOCROMATOGRAFICO, SET (25 ) PRUEBAS,MARCA: BIOTEST, VENCE: 12/2016	\$20.00	\$20.00
20	Frasco	REGLON N°15,CODIGO:30106756,TIRA REACTIVA PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS,MARCA:ACON,VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$6.00	\$120.00
1000	Cada Uno	REGLON N° 16,CODIGO:30106300,PRUEBA PARA DETERMINACION	\$0.70	\$700.00

		DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2), METODO AUTOMATIZADO, VENGE: NO MENOR A 12 MESES		
1000	Cada Uno	REGLON N° 17,CODIGO:30106034,DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: SPINREACT,VENGE: NO MENOR A 12 MESES	\$0.70	\$700.00
2000	Cada Uno	REGLON N° 18,CODIGO:30106310,PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), METODO AUTOMATIZADO,MARCA:SPINREACT,VENGE: NO MENOR A 12 MESES.	\$0.70	\$1,400.00
3000	Cada Uno	REGLON N° 29,CODIGO:30106226,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGRAMAS METODO AUTOMATIZADO,MARCA:MINDRAY, VENGE: NO MENOR A 12 MESES	\$0.35	\$1,050.00
0	Cada Uno	DEBE PRESENTAR GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO POR EL 10% DEL MONTO TOTAL DE LA ORDEN DE COMPRA \$ 469.65 DOLARES, CON VIGENCIA DE 6 MESES A PARTIR DE LA EMISION DE LA GARANTIA.	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	PARA TODOS LOS RENGLONES LA ENTREGA SE REQUIERE SEA PARA LOS PRIMEROS 15 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE, POR LO QUE EL VENCIMIENTO DE LOS REACTIVOS SERA A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA EN ALMACEN.	\$0.00	\$0.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$5,046.50


SON: **cinco mil cuarenta y seis 50/100 dolares**

OBSERVACION: COORDINAR ENTREGA CON AREA DE ALMACEN Y ADMINISTRADOR/A DE CONTRATO,HORARIOS DE 7:30AM A 12:00MD Y DE 1:10PM A 2:00 PM,REFLEJAR EN FACTURA N° DE RENGLON, CODIGO INSTITUCIONAL, CLASIFICACION DE LA EMPRESA, N° DE ORDEN/CONTRATO, 1% DE RETENCION,REFLEJAR INFORMACION DE LA CUENTA SI ENVIO AUTORIZACION MEDIANTE DECLARACION JURADA QUE SU PAGO FUERA MEDIANTE ABONO A CUENTA(presentar 8 copias de factura duplicado cliente)

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, UBICADO EN FINAL 4° CALLE PTE. B° EL CALVARIO, ILOBASCO, PRESENTAR EN ALMACEN 8 COPIAS DE FACTURA DUPLICADO CLIENTE, REFLEJAR N° DE ORDEN,1% DE RETENCION SI APLICA POR MONTO,LA FECHA DEBE SER NO MAYOR 1 DIA DE ELABORADA.

LUGAR DE NOTIFICACIONES:

<p>_____</p> <p>Titular o Designado</p>	<p>_____</p>
<p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Suministrante</p>

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional de Ilobasco		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:
UACI Hospital de Ilobasco		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
<b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>				
Lugar y Fecha:		<b>Ilobasco, Cabañas 16 de Septiembre del 2015</b>		No.Orden:175/2015
<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>				
FARLAB, S. A. DE C. V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE REACTIVOS PARA USO EN LABORATORIO CLINICO/ADMINISTRADORA DE CONTRATO: LICDA. ARLINE MARTINEZ JEFE DE LABORATORIO/SOLICITUD N° 72		
2	Set	RENGLON N° 1,CODIGO:30106138,PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIGENOS FEBRILES (O, H, A, B, OX19, BA), METODO DE AGLUTINACION EN LAMINA, SET, CON CONTROL POSITIVO Y NEGATIVO,MARCA: SPINREACT,VENCIMIENTO: NO MENOR A 12 MESES	\$30.00	\$60.00
40	Set	RENGLON N° 2,CODIGO:30106074,PRUEBA PARA DETERMINACION DE PROTEINA C REACTIVA (PCR), METODO AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX, SET 100 PRUEBAS,MARCA: SPINREACT VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$16.00	\$640.00
5	Frasco	RENGLON N°4,CODIGO:30105024,ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS,MARCA: SPINREACT, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$6.50	\$32.50
10	Frasco	RENGLON N° 5,CODIGO:30105772,SUERO TIPIADOR MONOCLONAL ANTI A FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML,MARCA: SPINREACT,VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$2.75	\$27.50
10	Frasco	RENGLON N°6,CODIGO:30105784,SUERO TIPIADOR MONOCLONAL ANTI B FRASCO TRANSPARENTE DE 10 ML,MARCA:SPINREACT,VENCE:NO MENOR A 12 MESES	\$2.75	\$27.50
10	Frasco	RENGLON N° 8,CODIGO:30105800,SUERO TIPIADOR MONOCLONAL ANTI D FRASCO DE 10 ML,MARCA: SPINREACT, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$6.50	\$65.00
5	Frasco	RENGLON N° 9,CODIGO:30105004,ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS,MARCA: SPINREACT,VENCE:NO MENOR A 12 MESES	\$4.50	\$22.50
2	Set	RENGLON N°10,CODIGO:30106708,PRUEBA PARA SIFILIS(RPR) PARA DETECCION DE REAGINAS EN SUERO O PLASMA, CON PARTICULAS DE CARBON, PIPETAS DESCARTABLES,FRASCO CON TAPON,AGUJA DISPENSADORA, TRARJETAS Y SUEROS CONTROLES SET DE 500 PRUEBAS,MARCA: SPINREACT,VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$26.00	\$52.00
400	Cada Uno	RENGLON N° 11,CODIGO:30106714,PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE GONADOTROPINA CORIONICA EN SANGRE U ORINA, SET DE 100 PRUEBAS,MARCA:BIOTEST,VENCE:NO MENOR A 12 MESES	\$0.28	\$112.00
1	Set	RENGLON N° 13,CODIGO:30106710,PRUEBA RAPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgM DE HEPATITIS B, METODO INMUNOCROMATOGRAFICO, SET (25) PRUEBAS,MARCA:BIOTEST,VENCE:01/2017	\$17.50	\$17.50
1	Set	RENGLON N° 14,CODIGO:30106711,PRUEBA RÁPIDA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS C, MÉTODO INMUNOCROMATOGRAFICO, SET (25 ) PRUEBAS,MARCA: BIOTEST, VENCE: 12/2016	\$20.00	\$20.00
		RENGLON N°15,CODIGO:30106756,TIRA REACTIVA		



ENTREGADO 16 SEP 2015

Orden modificada

20	Frasco	PARA LA DETERMINACION SIMULTANEA DE DIFERENTES SUSTANCIAS QUIMICAS EN ORINA, LECTURA VISUAL, NO MENOR DE 10 PARAMETROS, FRASCO 100 TIRAS, MARCA: ACON, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$6.00	\$120.00
1000	Cada Uno	REGLON N° 16, CODIGO: 30106300, PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL DE (1.0 - 1.2), METODO AUTOMATIZADO, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$0.70	\$700.00
1000	Cada Uno	REGLON N° 17, CODIGO: 30106034, DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO, MARCA: SPINREACT, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$0.70	\$700.00
2000	Cada Uno	REGLON N° 18, CODIGO: 30106310, PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), METODO AUTOMATIZADO, MARCA: SPINREACT, VENCE: NO MENOR A 12 MESES.	\$0.70	\$1,400.00
3000	Cada Uno	REGLON N° 29, CODIGO: 30106226, PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGRAMAS METODO AUTOMATIZADO, MARCA: MINDRAY, VENCE: NO MENOR A 12 MESES	\$0.35	\$1,050.00
0	Cada Uno	DEBE PRESENTAR GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO POR EL 10% DEL MONTO TOTAL DE LA ORDEN DE COMPRA \$ 469.65 DOLARES, CON VIGENCIA DE 6 MESES A PARTIR DE LA EMISION DE LA GARANTIA.	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	PARA TODOS LOS REGLONES LA ENTREGA SE REQUIERE SEA PARA LOS PRIMEROS 15 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE, POR LO QUE EL VENCIMIENTO DE LOS REACTIVOS SERA A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA EN ALMACEN.	\$0.00	\$0.00
TOTAL.....			-	\$5,046.50

SON: cinco mil cuarenta y seis 50/100 dolares

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, UBICADO EN FINAL 4° CALLE PTE. B° EL CALVARIO, ILOBASCO, PRESENTAR EN ALMACEN 8 COPIAS DE FACTURA DUPLICADO CLIENTE, REFLEJAR N° DE ORDEN, 1% DE RETENCION SI APLICA POR MONTO, LA FECHA DEBE SER NO MAYOR 1 DIA DE ELABORADA.

 Titular o Designado	 Suministrante
<b>ENTREGADO 16 SEP 2015</b>	

Elaborado por: morellan