



## 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:** **Ilobasco, Cabañas 20 de Agosto del 2015** **No.Orden:177/2015**

**RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE  
NIT**

**SCIENTIFIC INSTRUMENTS, 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
20	Set	REGLON N° 3,CODIGO:30106698,PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS ANTI VIH 1/2, BASADA EN PRINCIPIO DE CROMATOGRAFIA EN TIRA, CON RESPUESTA DE 15-30 MINUTOS, VOLUMEN DE MUESTRA DE (10-20)MICROLITROS, SET 100 PRUEBAS,MARCA: ALERE/DETERMINE,VENCE: 9 A 12 MESES A PARTIR DE LA ENTREGA DE LOS REACTIVOS.	\$138.00	\$2,760.00
250	Cada Uno	REGLON N° 19,CODIGO:30106174,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATIN QUINASA FRACCION MB, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: Mindray, vencimiento de 12 meses	\$0.43	\$107.50
250	Cada Uno	REGLON N° 20,CODIGO:30106166,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL (CPK) METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO DE 12 MESES	\$0.43	\$107.50
500	Cada Uno	REGLON N° 21,CODIGO:30106224,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO: 12 MESES	\$0.43	\$215.00
1740	Cada Uno	REGLON N°22,CODIGO:30106346,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO,MARCA:MINDRAY,VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$748.20
500	Cada Uno	REGLON N° 23,CODIGO:30106528,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFATASA ALCALINA METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO :12 MESES	\$0.43	\$215.00
1300	Cada Uno	REGLON N° 24,CODIGO:30106452,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$559.00
1300	Cada Uno	REGLON N° 25,CODIGO:30106354,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY,VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$559.00
650	Cada Uno	REGLON N°26,CODIGO:30106458,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$279.50
800	Cada Uno	REGLON N° 27,CODIGO:30106468,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO,MARCA:MINDRAY,VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$344.00
1000	Cada Uno	REGLON N° 28,CODIGO:30106522,PRUEBA PARA LA TERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA(LDH) METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY,VENCIMIENTO: 12 MESES	\$0.43	\$430.00
0	Cada Uno	OBSERVACIO: TODOS LOS REGLONES DEBERAN SER ENTREGADOS EN LOS PRIMEROS 15 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2015, EL VENCIMIENTO DE LOS REACTIVOS INICIARA A PARTIR DE LA ENTREGA EN ALMACEN.	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	DEBE PRESENTAR FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO POR EL 10% DEL MONTO TOTAL DE LA ORDEN DE COMPRA \$ 632.47 DOLARES, CON VIGENCIA DE 6 MESES A PARTIR DE LA EMISION DE LA GARANTIA,DEBE SER ENTREGADA EN 5 DIAS HABILES	\$0.00	\$0.00


		DESPUES DE ENVIADA LA ORDEN DE COMPRA.		
-	-	<b>TOTAL</b> .....	-	\$6,324.70

SON: **seis mil trescientos veinticuatro 70/100 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.

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:

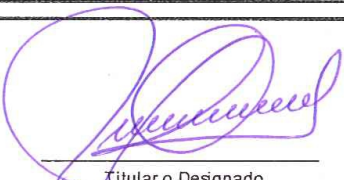


_____ Titular o Designado	_____ 
_____ 	_____ Suministrante

		<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:		Ilobasco, Cabañas 20 de Agosto del 2015		No.Orden:177/2015
<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>				
SCIENTIFIC INSTRUMENTS, 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	-	-
20	Set	REGLON N° 3,CODIGO:30106698,PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS ANTI VIH 1/2, BASADA EN PRINCIPIO DE CROMATOGRAFIA EN TIRA, CON RESPUESTA DE 15-30 MINUTOS, VOLUMEN DE MUESTRA DE (10-20)MICROLITROS, SET 100 PRUEBAS,MARCA: ALERE/DETERMINE,VENCE: 9 A 12 MESES A PARTIR DE LA ENTREGA DE LOS REACTIVOS.	\$138.00	\$2,760.00
250	Cada Uno	REGLON N° 19,CODIGO:30106174,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATIN QUINASA FRACCION MB, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: Mindray, vencimiento de 12 meses	\$0.43	\$107.50
250	Cada Uno	REGLON N° 20,CODIGO:30106166,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL (CPK) METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO DE 12 MESES	\$0.43	\$107.50
500	Cada Uno	REGLON N° 21,CODIGO:30106224,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO: 12 MESES	\$0.43	\$215.00
1740	Cada Uno	REGLON N°22,CODIGO:30106346,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ACIDO URICO, METODO AUTOMATIZADO,MARCA:MINDRAY,VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$748.20
500	Cada Uno	REGLON N° 23,CODIGO:30106528,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFATASA ALCALINA METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO :12 MESES	\$0.43	\$215.00
1300	Cada Uno	REGLON N° 24,CODIGO:30106452,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (ASAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$559.00
1300	Cada Uno	REGLON N° 25,CODIGO:30106354,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALAT) O TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA, METODO AUTOMATIZADO,MARCA: MINDRAY,VENCIMIENTO:12 MESES	\$0.43	\$559.00
650	Cada Uno	REGLON N°26,CODIGO:30106458,PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA DIRECTA, METODO	\$0.43	\$279.50

		AUTOMATIZADO, MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO: 12 MESES		
800	Cada Uno	REGLON N° 27, CODIGO: 30106468, PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE BILIRRUBINA TOTAL, METODO AUTOMATIZADO, MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO: 12 MESES	\$0.43	\$344.00
1000	Cada Uno	REGLON N° 28, CODIGO: 30106522, PRUEBA PARA LA TERMINACION DE DESHIDROGENASA LACTICA (LDH) METODO AUTOMATIZADO, MARCA: MINDRAY, VENCIMIENTO: 12 MESES	\$0.43	\$430.00
0	Cada Uno	OBSERVACION: TODOS LOS REGLONES DEBERAN SER ENTREGADOS EN LOS PRIMEROS 15 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2015, EL VENCIMIENTO DE LOS REACTIVOS INICIARA A PARTIR DE LA ENTREGA EN ALMACEN.	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	DEBE PRESENTAR FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO POR EL 10% DEL MONTO TOTAL DE LA ORDEN DE COMPRA \$ 632.47 DOLARES, CON VIGENCIA DE 6 MESES A PARTIR DE LA EMISION DE LA GARANTIA, DEBE SER ENTREGADA EN 5 DIAS HABILES DESPUES DE ENVIADA LA ORDEN DE COMPRA.	\$0.00	\$0.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$6,324.70

SON: seis mil trescientos veinticuatro 70/100 dolares

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, UBICADO EN FINAL 4° CALLE PTE. 8° 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
	

Elaborado por: morellan