



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ORIENTE
ORDEN DE COMPRA

EL SALVADOR
UNIDOS CREEMOS TODOS

SEÑORES:

ORDEN NUMERO: 145/2014

SOLICITUD No.159/2014

FECHA: 04/12/2014

PRESENTE

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR ENTREGAS SEGÚN DETALLE, DESPUES DE RECIBIR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA EN ALMACEN DE REGION ORIENTAL DE SALUD EN 9a. AV. NORTE No. 301 BARRIO SAN FELIPE, SAN MIGUEL, LO ESTIPULADO EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA.

DEPENDENCIA SOLICITANTE

FORMA DE PAGO CREDITO A 60 DIAS

LABORATORIO CLINICO REGIONAL

FACTURA DE CONSUMIDOR FINAL

RENG LON	CODIGO DEL PRODUCTO	DESCRIPCION DEL SUMINISTRO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	30106552	Prueba para la determinacion de glucosa, metodo colorimetrico, enzimatico con estandar set de 200 pbas.	600	CU	\$ 8.00	\$ 4,800.00
2	30106750	Suero para control normal, (matriz humano) para analisis quimicos frasco 5 mililitros.	100	CU	\$ 6.00	\$ 600.00
3	30106726	Reactivo para contar plaquetas individual, set de 50 pruebas	150	CU	\$ 35.00	\$ 5,250.00
4	30106756	tira reactiva para la determinacion simultanea de diferentes sustancias quimicas en orina, lectura visual, no menor de 10 parametros, frasco 100 tirasa	1510	CU	\$ 6.00	\$ 9,060.00
5	30106348	Prueba para la determinacion de acido urico metodo enzimatico colorimetrico con estandar, set de 100 pruebas	300	CU	\$ 12.00	\$ 3,600.00
6	30106014	Cianametahemoglobina para dosificacion de hemoglobina con estandar, set de 200 pruebas	100	CU	\$ 8.00	\$ 800.00
7	30106510	Prueba para la determinacion de creatinina, metodo cinetico colorimetrico con estandar, (JAFJE) set de 100 pruebas	400	CU	\$ 8.00	\$ 3,200.00
8	30106500	Prueba para la determinacion de colesterol total, metodo enzimatico colorimetrico, con estandar set de 200 pruebas	225	CU	\$ 10.00	\$ 2,250.00
10	30106316	Prueba para determinacion de trigliceridos, metodo enzimatico colorimetrico con estandar set de 200 pruebas	200	CU	\$ 14.00	\$ 2,800.00

TOTAL EN LETRAS

SON TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA

\$ 32,360.00

CIFRADO PRESUPUESTARIO

2014-3200-3-02-16-21-1-54107

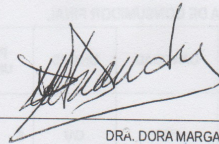
DESTINO:

ESTOS SET DE REACTIVOS SERAN UTILIZADOS EN LA SEDE REGIONAL Y PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA REGION ORIENTAL DE SALUD DEBE HACERSE EFECTIVO EL CREDITO A 60 DIAS Y LA ENTREGA DE LOS SET DE REACTIVOS A MAS TARDAR 5 DIAS HABILIS DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.

COORDINAR LA ENTREGA DE LOS SET DE REACTIVOS CON LA LICENCIADA ZENIA ROCIO LOPEZ REYES, COORDINADORA DE LABORATORIO CLINICO Y CON EL LIC. OSCAR EDUARDO TURCIOS, GUARDALMACEN DEMEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS; AL TELEFONO 2661-1015 Y 2660-4330.

CONDICIONES ESPECIALES: LA DIRECTORA REGIONAL DE SALUD ORIENTAL NOMBRA MEDIANTE ACUERDO INSTITUCIONAL AL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA CUYO NOMBRE ES LICDA. ZENIA ROCIO LOPEZ REYES, COORDINADORA DE LABORATORIO CLINICO REGIONAL; QUIEN TENDRA LA FUNCION DE ADMINISTRAR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA Y ACTUARA EN REPRESENTACION DE LA REGION ORIENTAL EN LA EJECUCION DE ESTA ORDEN, VERIFICANDO QUE SE CUMPLA EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE ORDEN Y QUE SE ENTREGUE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA OFERTA PRESENTADA POR EL PROVEEDOR, QUIEN A LA VEZ TENDRA LAS FACULTADES QUE SEÑALA EL ARTICULO 82 BIS DE LA LACAP, EN LO QUE LE FUERE APLICABLE.

LA FACTURA DEBE DE IRA NOMBRE DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION ORIENTAL DE SALUD, FONDO GENERAL; COLOCAR EN LA FACTURA No DE RENGLON Y LA DESCRIPCION DEL PRODUCTO IGUAL COMO SE PRESENTA EN ESTA ORDEN ; ANOTANDO ADEMÁS NUMERO DE SOLICITUD Y ORDEN DE COMPRA ASI COMO TAMBIEN LA RETENCION DEL 1% DEL MONTO TOTAL. AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN PRESENTAR FACTURA DUPLICADO Y DOS FOTOCOPIAS PASAR A DEPTO. FINANCIERO EN LA REGION ORIENTAL DE SALUD PARA SU TRAMITE DE PAGO.

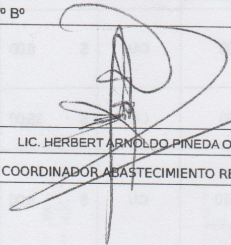



DRA. DORA MARGARITA HERNANDEZ CERNA
DIRECTORA REGIONAL DE SALUD ORIENTAL

NOMBRE, FIRMA Y DUI DEL REPRESENTANTE LEGAL
DE LA EMPRESA.

Y SELLO

Vº Bº




LIC. HERBERT ARNOLDO PINEDA OSORIO
COORDINADOR ABASTECIMIENTO REGIONAL

ORIGINAL: FONDOS EXTERNOS

COPIA 2: PROVEEDOR

COPIA 1: ALMACEN Y/O SITIO
DE RECEPCION.

COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE
COPIA 4: DEPT. DE ABAST.

ESTE DOCUMENTO FUE
DISTRIBUIDO EL DIA:

6/12/2014