



MINISTERIO  
DE SALUD

**Hospital Nacional**  
“Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil, Mejicanos, S.S.**



---

## *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 ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”.**

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



MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Dr. Juan José Fernández"  
Zacamil, Mejicanos, S.S



**CUENTA:**

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: <b>LABORATORIOS ARSAL, S.A. DE C. V.</b>			ORDEN DE COMPRA N°	3215-332-2020	
NIT:			SOLICITUD N°	226-2020	
PLAZO DE ENTREGA: <b>15 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR LA O/C.</b>			FECHA	21/08/2020	
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>					
UNIDAD SOLICITANTE: <b>LABORATORIO CLÍNICO</b>			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: <b>LICDA. VIOLETA LANDAVERDE DE VIANA.</b>			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<p><b>Descripción:</b> Prueba por inmunofluorescencia, kit de 25 pruebas, cartuchos individuales para la determinación de Dímero D. País de Origen: Canada. <b>Marca:</b> Response Biomedical. N° de Registro DNM: IM053413062019.</p> <p><b>Vencimiento:</b> Hasta 12 meses. <b>Garantía:</b> Aplica por producto defectuoso o próximo a vencer. <b>Tiempo de entrega:</b> 15 días hábiles después de haber recibido Orden de Compra.</p> <p><b>Descripción:</b> Equipo semi automatizado para pruebas de biomarcadores de laboratorio clínico.</p> <p><b>Características:</b> Consta de un módulo de prueba que analiza dos muestras simultaneas de flujo continuo y un módulo de control que administra los resultados de muestras que recibe del módulo de prueba. Posee pantalla táctil LCD, cuenta con sistema de alarmas audibles y visual</p> <p>es. Dispone de controles de calidad internos y realiza un autodiagnóstico en segundos por cada prueba. No requiere calibración ni mantenimiento asistido. <b>Modelo:</b> RAMP 200.</p> <p><b>Marca:</b> Response Biomedical. Código del fabricante: C2100, C3100. <b>País de Origen:</b> Canadá. <b>Vencimiento:</b> N/A. <b>Número de Registro CSSP/DNM:</b> IM053113062019.</p> <p><b>Garantía:</b> 2 años. <b>Plazo de entrega:</b> 15 días hábiles después de recibir la orden de compra.</p> <p><b>Modalidad:</b> En comodato.</p>	C/U	700	\$ 7.06	\$4,942.00
<b>MONTO EN LETRAS: CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS 00/100 DOLARES.</b>					<b>\$ 4,942.00</b>



MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Dr. Juan José Fernández"  
Zacamil, Mejicanos, S.S



**CUENTA:**

**HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
Específico	54107				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$4,942.00				Fondo: <b>FONDO GENERAL,</b>

JUSTIFICACION: ESTE REQUERIMIENTO DE LA PRUEBA DE DÍMERO D, NECESARIA PARA LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES, CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. FONDOS SEGÚN SOLICITUD #003995

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

GESTIONÓ (UACI)	AUTORIZÓ (DIRECTOR)	REGISTRÓ (UFI)	PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello
-----------------	---------------------	----------------	---