



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)**

**HOSPITAL**  
NACIONAL  
ZACAMIL



**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**

**CUENTA: HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNADEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

SUMINISTRANTE: <b>FARLAB, S.A DE C.V</b>			N° ORDEN DE COMPRA		<b>3215-276-2021</b>	
NIT:			N° SOLICITUD		<b>222-2021</b>	
PLAZO DE ENTREGA: <b>05 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C</b>			FECHA		<b>12/11/2021</b>	
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>						
UNIDAD SOLICITANTE: <b>BANCO DE SANGRE</b>				FORMA DE PAGO		
ADMON DE ORDEN: <b>LICDA. NORMA LISSET MAGAÑA LEON</b>				CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$	
1	<b>SOLICITADO:</b> 30105772/41116102, SUERO TIPEADOR MONOCLONAL,ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS <b>OFERTADO:</b> Suero tipeador monoclonal, Anti A frasco transparente de 10 mililitros. Marca: Spinreact País de Origen: España Vto:2024-04-28 N° de registro CSSP/DNM: I.M.051015062014 Plazo de Entrega: 5 días hábiles después de recibir orden de compra	FCO	50	\$ 4.50	\$	225.00
2	<b>SOLICITADO:</b> 30105784/41116102, SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS <b>OFERTADO:</b> Suero tipeador monoclonal, Anti B frasco transparente de 10 mililitros. Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:2024-06-01 N° de registro CSSP/DNM: I.M.050915062014	FCO	50	\$ 4.50	\$	225.00
3	<b>SOLICITADO:</b> 30105800/41116102 SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS <b>OFERTADO:</b> Suero tipeador monoclonal, Anti D frasco transparente de 10 mililitros. Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:2023-11-05 N° de registro CSSP/DNM: I.M.050815062014	FCO	20	\$ 6.50	\$	130.00
4	<b>SOLICITADO:</b> 30106706/41116101, PRUEBA RAPIDA SIFILIS(RPR), PARA DETECCION DE REAGINAS, EN SUERO O PLASMA, CON PARTICULA DE CARBON, PIPETAS DESCARTABLES, FRASCO CON TAPON, AGUJA DISPENSADORA, TARJETAS Y SUEROS CONTROLES REACTIVO Y NO REACTIVO, SET (100-200), PRUEBAS <b>OFERTADO:</b> Prueba rápida Sífilis (RPR), para detección de reaginas, en suero o plasma con partículas de carbón, (Presentación: Set 150 pruebas). Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:2023-06 N° de registro CSSP/DNM: I.M.050612062014	C/U	3	\$ 25.00	\$	75.00
<b>MONTO EN LETRAS: SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO 00/100 DOLARES</b>					<b>\$</b>	<b>655.00</b>
Específico	54107				Línea de Trabajo: 02-02	
Valor US \$	\$ 655.00				Fondos: GOES	

Justificación: ES URGENTE LA ADQUISICIÓN DE ESTOS REACTIVOS PARA EL BANCO DE SANGRE. 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 # BS-016-2021-LG

HOSPITAL  
NACIONAL  
ZACAMIL



**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**

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
-----------------	---------------------	----------------	-----------------------------------------