

## **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”. (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”**



GOBIERNO DE EL SALVADOR

Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"

UNIDAD DE ADQUISICIONES

UACI del Hospital Psiquiatrico

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION NO:

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

San Salvador 16 de Marzo del 2020

No.Orden:062/2020

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--REACTIVOS PARA USO EN LABORATORIO CLINICO DE ESTE HOSPITAL.	-	-
4250	Cada Uno	COD.30106310. PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), METODO AUTOMATIZADO, MARCA INSTRUMENTATION LABORATORY, ORIGEN USA, VENCIMIENTO 12 MESES.	\$1.41	\$5,992.50
4250	Cada Uno	COD.30106310. PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) METODO AUTOMATIZADO, MARCA INSTRUMENTATION LABORATORY, ORIGEN USA, VENCIMIENTO 12 MESES.	\$1.41	\$5,992.50
500	Cada Uno	COD.30106310. DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO, MARCA INSTRUMENTATION LABORATORY, ORIGEN USA, VENCIMIENTO 12 MESES.	\$1.41	\$705.00
-	-	TOTAL.....	-	\$12,690.00

SON: doce mil seiscientos noventa 00/100 dolares

OBSERVACION: CRÉDITO, ESPECIFICO DE GASTO 54107 F.G. ENTREGA: ENTREGA INMEDIATA DESPUES DE RECIBIR LA O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACIÓN DE ESTA ORDEN E IMPOSICIÓN DE MULTA POR CADA DÍA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C: JEFE DE LABORATORIO CLINICO.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DE MEDICAMENTOS

LUGAR DE NOTIFICACIONES:


 Titular o Designado	 Suministrante
 Enriqueta González	 Suministrante

Elaborado por:yelitze

DOCUMENTO DISTRIBUIDO

COPIA: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

18 MAR 2020

	<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"	UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:
UACI del Hospital Psiquiatrico	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		

## ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

<b>Lugar y Fecha:</b>	<b>San Salvador 16 de Marzo del 2020</b>	<b>No.Orden:62/2020</b>
-----------------------	--	-------------------------

<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>	<b>NIT</b>
PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.	06142402061074

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--REACTIVOS PARA USO EN LABORATORIO CLINICO DE ESTE HOSPITAL.	-	-
4250	Cada Uno	COD.30106310. PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), METODO AUTOMATIZADO, MARCA INSTRUMENTATION LABORATORY, ORIGEN USA, VENCIMIENTO 12 MESES.	\$1.41	\$5,992.50
4250	Cada Uno	COD.30106310. PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) METODO AUTOMATIZADO, MARCA INSTRUMENTATION LABORATORY, ORIGEN USA, VENCIMIENTO 12 MESES.	\$1.41	\$5,992.50
500	Cada Uno	COD.30106310. DETERMINACION DE FIBRINOGENO, METODO AUTOMATIZADO, MARCA INSTRUMENTATION LABORATORY, ORIGEN USA, VENCIMIENTO 12 MESES.	\$1.41	\$705.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	<b>\$12,690.00</b>

**SON: doce mil seiscientos noventa 00/100 dolares**

OBSERVACION: CRÉDITO, ESPECIFICO DE GASTO 54107 F.G. ENTREGA: ENTREGA INMEDIATA DESPUES DE RECIBIR LA O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACIÓN DE ESTA ORDEN E IMPOSICIÓN DE MULTA POR CADA DÍA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C: JEFE DE LABORATORIO CLINICO.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DE MEDICAMENTOS

LUGAR DE NOTIFICACIONES:

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante