



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
NACIONAL
SAN MIGUEL



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”



Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera

Director Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE COMPRAS PUBLICAS (UCP)

PAG. 1/2

Lugar y Fecha: San Miguel, 31 de Julio de 2023. No de Orden: 377/2023 ✓
Solicitante: LABORATORIO CLINICO. Solicitudo No: 07/2023 ✓
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: PROMED DE EL SALVADOR. S.A. DE C.V. ✓ NIT Y / O NRC: [REDACTED]
Clasificación: MEDIANA EMPRESA Correo electrónico: licitacionespromedes@promed-sa.com
aorellana@promed-sa.com
Dirección: Calle La Loma y Pasaje D, 7a Calle Poniente # 124. Col. Escalón. San Salvador. Tel. 2200-9700.

COMPRA DE INSUMOS Y REACTIVOS.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITANTE/MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
02	100 ✓	C/U	30106092	41110000	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS IgG, IgM, METODO AUTOMATIZADO. AL PROVEEDOR QUE SE LE ADJUDIQUE EL RENGLÓN 2, DEBERÁ ENTREGAR REACTIVO QUE SEA COMPATIBLE CON EQUIPO MARCA BIOFLASH, O EN SU DEFECTO ENTREGAR REACTIVO CON EL EQUIPO COMPATIBLE. ✓	PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS IgG, IgM, METODO AUTOMATIZADO. MARCA: INOVA DIAGNOSTICS. ORIGEN: ESTADOS UNIDOS. VENCIMIENTO: 8 A 12 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO. ✓	\$ 24.50	\$ 2,450.00
04	100 ✓	C/U	30106109	41116010	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE B2 GLICOPROTEINA 1, METODO AUTOMATIZADO. AL PROVEEDOR QUE SE LE ADJUDIQUE EL RENGLON 4, DEBERÁ ENTREGAR REACTIVO QUE SEA COMPATIBLE CON EQUIPO MARCA BIOFLASH, O EN SU DEFECTO ENTREGAR REACTIVO CON EL EQUIPO COMPATIBLE. ✓	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE B2 GLICOPROTEINA 1. METODO AUTOMATIZADO. MARCA: INOVA DIAGNOSTICS. ORIGEN: ESTADOS UNIDOS. VENCIMIENTO: 8 A 12 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO. ✓	\$ 24.50	\$ 2,450.00
PASAN...								\$ 4,900.00

TOTAL US:

(TOTAL EN LETRAS):

<p>OBSERVACION</p> <p>Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (incluyendo IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% retención.</p>	<p>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</p>	<p>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</p>
	<p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Colocar en la Factura No. de Orden de Compra y código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y Sello de la empresa al Almacén para la entrega de los productos.</p> <p>Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO GENERAL

FECHA DE ENTREGA: 30 DIAS. ✓

FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS CALENDARIO



 Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera
 DIRECTOR HOSPITAL

Administrador de la Orden:
Lic. José Ricardo Hernández Franco. ✓
Jefe de Laboratorio Clínico
Tel. 2792-3230.

Elaboró:
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 03 AGO 2023



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE COMPRAS PUBLICAS (UCP)

PAG. 2/2

Lugar y Fecha: San Miguel, 31 de Julio de 2023. No de Orden: 377/2023

Solicitante: LABORATORIO CLINICO. Solicitud No: 07/2023

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. NIT Y / O NRC: XXXXXXXXXX

Clasificación: MEDIANA EMPRESA Correo electrónico: licitacionespromedes@promed-sa.com
davalladares@promed-sa.com

Dirección: Calle La Loma y Pasaje D, 7a Calle Poniente # 124. Col. Escalón. San Salvador. Tel. 2200-9700.

COMPRA DE INSUMOS Y REACTIVOS.

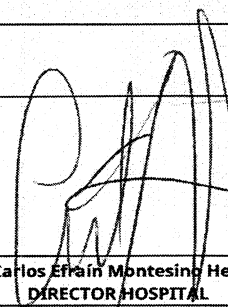
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITANTE/MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
05	100	C/U	30106105	41116010	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMICOS DEL NEUTROFILO, METODO AUTOMATIZADO. AL PROVEEDOR QUE SE LE ADJUDIQUE EL RENGLÓN 5, DEBERÁ ENTREGAR REACTIVO QUE SEA COMPATIBLE CON EQUIPO MARCA BIOFLASH, O EN SU DEFECTO ENTREGAR REACTIVO CON EL EQUIPO COMPATIBLE.	VIENEN... PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMICOS DEL NEUTROFILO. METODO AUTOMATIZADO. MARCA: INOVA DIAGNOSTICS. ORIGEN: ESTADOS UNIDOS. VENCIMIENTO: 8 A 12 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 24.50	\$ 4,900.00 \$ 2,450.00
06	100	C/U	30103701	S/C	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANA SCREEN, METODO AUTOMATIZADO.	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE ANA SCREEN. METODO AUTOMATIZADO. MARCA: INOVA DIAGNOSTICS. ORIGEN: ESTADOS UNIDOS. VENCIMIENTO: 8 A 12 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 24.50	\$ 2,450.00
TOTAL US:								\$ 9,800.00


(TOTAL EN LETRAS): Nueve mil ochocientos 00/100 dólares de los Estados Unidos de America

<p>OBSERVACION</p> <p>Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-</p>	<p>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Colocar en la Factura No. de Orden de Compra y código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y Sello de la empresa al Almacén para la entrega de los productos.</p> <p>Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	<p>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</p>
	<p>LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</p>	

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO GENERAL

FECHA DE ENTREGA: 30 DIAS. **FORMA DE PAGO:** **CRÉDITO 60 DÍAS CALENDARIO**

E. 
Dr. Carlos Efraín Montesino Herre
DIRECCIÓN HOSPITAL



Administrador de la Orden:
Lic. José Ricardo Hernández Franco
Jefe de Laboratorio Clínico
Tel. 2792-3230.

Elaboró:
Licda. Sofía Carolina Mendoza M.
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 03 AGO 2023