



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA", COJUTEPEQUE.

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).

“Conteniendo el documento el escaneo con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del mismo”.



DRA. NORA IDALIA ARTIGA DE MARTÍNEZ
DIRECTORA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION
HOSPITAL NACIONAL
NUESTRA SEÑORA DE FATIMA
COJUTEPEQUE



GOBIERNO DE EL SALVADOR
HOSPITAL NACIONAL "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA", COJUTEPEQUE
UNIDAD DE COMPRAS PÚBLICAS (UCP)

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

Cojutepeque, 29 de agosto de 2023

No. Orden: 100/2023

RAZÓN SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

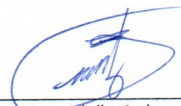

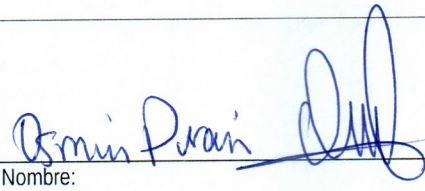

PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

0614-240206-107-4

CANTIDAD	UNIDAD DE	DESCRIPCIÓN	PRECIO	VALOR
	MEDIDA		UNITARIO	TOTAL
150	C/U	Tarjeta de gel IgG, de 6 micro tubos o metodología similar a prueba cruzada, equipo semi automatizado OFRECEN: TARJETA DE GEL ANTI IGG/ DG GEL COOMBS. MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VCTO. 12 MESES	10.75	1,612.50
50	C/U	Tarjeta o cassette de gel o tecnología similar para tipeo sanguíneo de recién nacido, unidad OFRECEN: TARJETA DE GEL DG GEL NEW BORN MARCA: GRIFOLS ORIGEN: ESPAÑA VCTO: 12 MESES	10.75	537.50
2,000	C/U	Prueba para Determinación de Tiempo de Protombina (TP) con índice de sensibilidad internacional de (1.0 - 1.2), Método Automatizado. (CON CONTROL PATOLÓGICO Y NORMAL) OFRECEN: PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP) CON INDICE DE SENSIBILIDAD INTERNACIONAL, MARCA: INSTRUMENTATION / LABORATORY ORIGEN: USA VCTO. 12 MESES	1.25	2,500.00
2,000	C/U	Prueba para Determinación de Tiempo de TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTP), método Automatizado.(CON CONTROL PATOLÓGICO Y NORMAL) OFRECEN: PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTP), METODO AUTOMATICA MARCA: INSTRUMENTATION / LABORATORY ORIGEN: USA VCTO. 12 MESES	1.25	2,500.00

		TOTAL.....	\$7,150.00						
SON: SIETE MIL CIENTO CINCUENTA 00/100 DOLARES									
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DEL HOSPITAL									
UNIDAD SOLICITANTE: LABORATORIO CLINICO									
ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA: Licda. Alcira Marisol Funes, Jefe de Laboratorio Clínico.									
TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA									
OBSERVACIONES: Para remitir la entrega, hacer cita al Almacén del Hospital, a los Tels: 2991-2380 y 2991-2385									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;">POR EL HOSPITAL:</td> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> F. _____ Dra. Nora Idalia Artiga de Martínez Titular del Hospital </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top; text-align: center;">SELLO</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">POR EL SUMINISTRANTE:</td> <td style="vertical-align: top;"> F. _____ Nombre: Contratista: </td> <td style="vertical-align: top; text-align: center;">SELLO</td> </tr> </table>				POR EL HOSPITAL:	F. _____ Dra. Nora Idalia Artiga de Martínez Titular del Hospital	SELLO	POR EL SUMINISTRANTE:	F. _____ Nombre: Contratista:	SELLO
POR EL HOSPITAL:	F. _____ Dra. Nora Idalia Artiga de Martínez Titular del Hospital	SELLO							
POR EL SUMINISTRANTE:	F. _____ Nombre: Contratista:	SELLO							

Fecha de recibida la orden de compra por el contratista:

	54113	TOTAL.....	\$7,150.00
SON: SIETE MIL CIENTO CINCUENTA 00/100 DOLARES			
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DEL HOSPITAL		Fondo General	
UNIDAD SOLICITANTE: LABORATORIO CLINICO			
ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA: Licda. Alcira Marisol Funes, Jefe de Laboratorio Clínico.			
TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATA			
OBSERVACIONES: Para remitir la entrega, hacer cita al Almacén del Hospital, a los Tels: 2991-2380 y 2991-2385			
POR EL HOSPITAL:	F. 		SELO 
	Dra. Nora Idalia Artiga de Martínez Titular del Hospital		
POR EL SUMINISTRANTE:	F. 		SELO 
	Nombre: Contratista:		

Fecha de recibida la orden de compra por el contratista: 30/08/23

COMPROMISO PRESUPUESTARIO
N° 1187
UFI