



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.**  
**TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891**



**ORDEN DE COMPRA No.428**

**FECHA:** 01 DE ABRIL DE 2019  
**SEÑORES:** LABORATORIOS VIJOSA, S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A:** N HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2251-9797 **FAX:** 2278-3121  
**DESPACHAR A:** ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
600	HIDRALAZINA CLORHIDRATO 20 MG/ML POLVO LIOFILIZADO PARA DILUCIÓN O SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. AMPOLLA. NOMBRE COMERCIAL: HIDRALAZINA HCL 20MG/ML AMP. 1ML. (vencimiento no menor a 18 meses), 1 cot	C/U	\$8.39	\$5,034.00
150	ATROPINA SULFATO 5 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE IM-IV-SC., AMPOLLA 1 ML. NOMBRE COMERCIAL: ATROPINA SULFATO 5 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE, AMPOLLA X 1 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO. (vencimiento mayo 2020) 2 cot	C/U	\$3.90	\$585.00
1,200	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE IM-IV-SC AMPOLLA 1 ML PROTEGIDO DE LA LUZ. NOMBRE COMERCIAL: BROMURO DE N-BUTIL HIOSCINA 20MG/ML AMPOLLA 1 ML EMPAQUE HOSPITALARIO. (vencimiento no menor a 18 meses) 2 cot	C/U	\$0.31	\$372.00
300	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO 25 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE IM-IV AMPOLLA DE 2 ML. NOMBRE COMERCIAL: SEDATIL 50MG/2ML, SOL. INY. AMPOLLA X 2ML, EMPAQUE HOSPITALARIO. (vencimiento no menor a 18 meses) 2 cotiz	C/U	\$3.74	\$1,122.00
390	HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUCIÓN ORAL, FRASCO GOTERO 15 ML, PROTEGIDO DE LA LUZ. NOMBRE COMERCIAL: HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUCIÓN ORAL, GOTAS FCO. 15 ML, EMPAQUE HOSPITALARIO. (vencimiento noviembre 2019) Entregarán Carta de Compromiso MARCA: VIJOSA ORIGEN: EL SALVADOR	C/U	\$4.86	\$1,895.40
	<b>TOTAL .....</b>			<b>\$9,008.40</b>
	<b>ENTREGA: 3 A 5 DIAS</b>			
	<b>USO EN: Hospitalización.</b>			
Solic. 14-435-2019 oeli/	<b>NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.</b>			

*[Handwritten signature]*  
4/4/19

**NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:**

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA.**

ESPECÍFICO	VALOR	FIRMA	FECHA
54108	\$9,008.40	<i>[Handwritten signature]</i>	05/4/19



**ADMINISTRACIÓN**  
**Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan**  
**DIRECTOR**  
**H.N.N.B.B**