



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



MINISTERIO
DE SALUD

ORDEN DE COMPRA N°859

"REPOSICIÓN POR NO CONTENER NÚMERO DE SOLICITUD"

FECHA: 22 DE OCTUBRE DE 2019
SEÑORES: DROGUERIA SAIMED, S.A DE C.V. **NIT:**
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO **TEL:** 2243-8620 Y 2243-8486 **FAX:**
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
4,100	AMOXICILINA 250MG/5ML, POLVO P/ SUSP. ORAL FCO. 100ML C/DOSIFIC. GRADUADO TIPO JERINGA O PIPETA 4 COT VENCE: 05/2022	C/U	\$1.00	\$4,100.00
3,000	CEFTRIAXONA (SODICA) 1 G, POLVO PARA DILUCION USO PARENTERAL, FCO. VIAL 5 COT VENCE:05/2022	C/U	\$0.40	\$1,200.00
25	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA RANURADA EMPAQ. PRIMAR. I INDIV., PROTEGIDO DE LA LUZ. 4 COT VENCE: 03/2022	CTOS.	\$0.80	\$20.00
56	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 150 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL PROTEGIDO DE LA LUZ. 4 COT VENCE: 02/2022	CTOS.	\$1.50	\$84.00
900	HEPARINA (SODICA) 5000 U.I./ML SOLUCION INYECTABLE IV-SC., FRASCO VIAL 5 ML 4 COT VENCE: 03/2022	C/U	\$3.00	\$2,700.00
2	VITAMINA A (PALMITATO) 50,000 U.I. CAP. O PERLA DE GELATINA BLANDA, EMP. PRIM. IND. O FRASCO 1 COT VENCE: 05/2021	CTOS.	\$5.00	\$10.00
400	NEOMICINA (SULFATO)+BACITRACINA (ZINC) 5MG (5000UI) + 5MG (250 U.I.) UNGUENTO TOPICO, TUBO (15-25)G 3 COT VENCE: 11/2021 MARCA: SAIMED ORIGEN: INDIA	C/U	\$0.65	\$260.00
	TOTAL			\$8,374.00
	ENTREGA: TODOS LOS MEDICAMENTOS EN 5 DIAS CALENDARIO.			
	USO EN: Hospitalización			
N°cotiz. Solic. 66-856-2019 oeli./	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

[Handwritten signature]
03/01/2020

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.

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
06/10/2019	<i>[Handwritten signature]</i>	\$8,374.00	54108	 DIRECCIÓN.