



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

Lugar y fecha: San Salvador, 27 de mayo de 2020 N° Orden 414

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: NIT

GRUPO PAILL S.A DE C.V. (TEL2281-0222)

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
10	CTO	TIZANIDINA PL 4MG TABLETAS CONCENTRACIÓN 4.0 MG PRESENTACIÓN BLISTER POR 10 TABLETAS 1 COT SOLIC. 50-492-20	\$ 18.00	\$ 180.00
335	C/U	NEOSTIGMINA PL 0.5 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE CONCENTRACIÓN: CADA AMPOLLA DE 1 ML CONTIENE NEOSTIGMINA METIL SULFATO 0.5 MG PRESENTACIÓN: AMPOLLA AMBAR POR 1 ML. 2 COT SOLIC. 50-492-20	\$ 0.61	\$ 204.35
600	C/U	VITAMINA K PL SOLUCIÓN INYECTABLE CONCENTRACIÓN: FITOMENADIONA (VITAMINA K1 10 MG PRESENTACIÓN AMPOLLA POR 1 ML. 1 COT SOLIC. 51-496-20	\$ 0.82	\$ 492.00
300	C/U	TRAMADOL PL 50 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE CONCENTRACIÓN: 50 MG PRESENTACIÓN: AMPOLLA POR 2 ML 5 COT SOLIC. 51-496-20	\$ 0.40	\$ 120.00
45	C/U	IRIS TOBRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTERIL CONCENTRACIÓN 3 MG PRESENTACIÓN: FRASCO POR 5 ML 4 COT SOLIC. 51-496-20 MARCA: PAILL ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTOS NO MENORES DE UN AÑO	\$ 4.50	\$ 202.50

OELI TOTAL US\$: \$ 1,198.85

Total en letras: Mil ciento noventa y ocho dólares con 85/100 centavos de los Estados Unidos Americanos

OBSERVACIONES:  
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS  
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 DIAS HÁBILES ITEM 5 A 15 DIAS HÁBILES

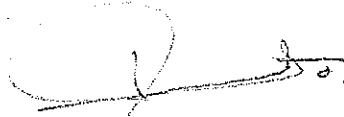

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54108	\$ 1,198.85	29/05/2020	

FIRMA DEL TITULAR 29/5/2020

Datos del Administrador de la Orden de Compra: Licda. Eda Esmeralda Alvarado Cinco  
TELEFONO: 2133-3129 CORREO: almacenreactivo@hospitalbloom.gob.sv

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 <b>DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.</b>		
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra		
<b>EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA</b>		
ORIGINAL: SUMINISTRANTE COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD SOLICITANTE  COPIA: U.A.C.I.	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	 <b>SELLO PROVEEDOR</b>

296539  
 113355  
 113355  
 113355  
 113355