

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

20/5/20  
24-11-2020

Lugar y fecha: San Salvador, 28 de mayo de 2020 **N° Orden** 415

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: **ACTIVA, S.A DE C.V.** NIT

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
6	CTO	IRBESARTÁN 150 MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. <b>OFRECEN:</b> IRBERSATAN 150 MG TABLETAS RECUBIERTAS ECOMED 3 COT	\$ 9.90	\$ 59.40
1	CTO	AMIODARONA CLORHIDRATO 200 MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ. <b>OFRECEN:</b> AMIOCAR 200 TABLETAS. 2 COT	\$ 16.00	\$ 16.00
18	CTO	TERAZOSIN (CLORHIDRATO) 5 MG TABLETA O CÁPSULA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FRASCO. <b>OFRECEN:</b> TERAZOSIN 5 MG TABLETAS ECOMED 3 COT  MARCA: ECOMED/LABORATORIOS PHARMEDIC ORIGEN: ES SALVADOR VENCIMIENTOS: NO MENORES A 24 MESES	\$ 12.00	\$ 216.00
<b>TOTAL US\$:</b>				<b>\$ 291.40</b>

N°Solic. 50-492-2020  
OELI

**Total en letras:** Doscientos noventa y un dólares con 40/100 centavos de los Estados Unidos Americanos.

OBSERVACIONES:

LUGAR DE ENTREGA: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS**

TIEMPO DE ENTREGA: **INMEDIATA A MAS TARDAR 5 DIAS HÁBILES**

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
57/108	\$ 291.40	29/05/2020	<i>[Firma]</i>

*[Firma]*  
**FIRMA DEL TITULAR** 24/5/2020

Datos del Administrador de la Orden de Compra: Licda. Eda Esmeralda Alvarado Cinco

TELEFONO: 2133-3129 CORREO: almacenreactivo@hospitalbloom.gov.sv

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

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

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

ORIGINAL: SUMINISTRANTE  
COPIA: ALMACEN  
COPIA: UNIDAD SOLICITANTE

*[Firma]*

FIRMA PROVEEDOR

*[Sello]*

SELLO PROVEEDOR

COPIA: U.A.C.I.