



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)

20/08/20
11.08.20

| | | | |
|----------------|---------------------------------|----------|-----|
| Lugar y fecha: | San Salvador, 10 agosto de 2020 | N° Orden | 588 |
|----------------|---------------------------------|----------|-----|

| | |
|---|-----|
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: | NIT |
| GRUPO PAILL S.A DE C.V. (2281-0222) | |

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|-------|---|------------------------|--------------------|
| 2 | CTO | AZITROMICINA 500 MG TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL.- OFRECEN: AZITROMICINA PL 500 MG TABLETAS RECUBIERTAS CONCENTRACIÓN AZITROMICINA 500.00 MG PRESENTACIÓN: BLISTER POR 5 TABLETAS RECUBIERTAS CAJA POR 20 TABLETAS. MARCA: PAILL ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTO:NO MENOR DE 1 AÑO | \$ 242.10 | \$ 484.20 |

N°cot 2
N° solíc. 708-2020
OELI

| | |
|--------------------|------------------|
| TOTAL US\$: | \$ 484.20 |
|--------------------|------------------|

Total en letras: Cuatro cientos ochenta y cuatro dólares con 20/100 centavos de los Estados Unidos Americanos.

| | |
|--------------------|--|
| OBSERVACIONES: | COVID-19 |
| LUGAR DE ENTREGA: | ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS |
| TIEMPO DE ENTREGA: | 5 DIAS HÁBIES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA |

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|-----------|---------|-------|
| 54/08 | \$ 484.20 | 11/8/20 | |
| | | | |
| | | | |

FIRMA DEL TITULAR

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:

- 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 | | |
| COPIA: U.A.C.I. | | |

FIRMA PROVEEDOR

SELLO PROVEEDOR