



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)

*Handwritten notes:*  
27/8/2020  
2020

Lugar y fecha: San Salvador, 26 de agosto de 2020 **N° Orden 641**

**NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:**

**NIT**

**GAMMA LABORATORIES, S.A DE C.V. ( TEL 2121-4371/06 )**

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
450	C/U	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (40 + 200) MG/5 ML SUSPENSIÓN ORAL FRASCO 100 ML PROTEGIDO DE LA LUZ, CON DOSIFICADOR GRADUADO.- <b>OFRECEN:</b> TOXAZOL SUSPENSIÓN FRASCO POR 100 ML PRESENTACIÓN: FRASCO POR 100 ML SIN DOSIFICADOR GRADUADO.	\$ 1.25	\$ 562.50
15	CTO	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (160 + 800) MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ.- <b>OFRECEN:</b> TOXAZOL FORTE TABLETA. PRESENTACIÓN : BOLSA POR 1000 MARCA: GAMMA ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTOS: 18 MESES DESPUÉS DEL SUMINISTRO	\$ 3.95	\$ 59.25

N°cot 2 C/U  
N° solíc. 70-699-2020  
OELI

**TOTAL US\$:**

**\$ 621.75**

**Total en letras: Seiscientos veintiuno dólares con 75/100 centavos de los Estados Unidos Americanos**

OBSERVACIONES:

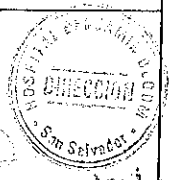
LUGAR DE ENTREGA: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS**

TIEMPO DE ENTREGA: **2 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.**

CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54108	\$621.75	26/8/20	<i>[Signature]</i>

**FIRMA DEL TITULAR** 27/8/2020



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

TELEFONO: 2133-3129 CORREO: [almacenreactivo@hospitalbloom.gob.sv](mailto: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**

