



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:	25 DE ENERO DE 2021		N° ORDEN:	14
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:			NIT y/o NCR:	
GRUPO PAILL S.A DE C.V. ( TEL 2281-0222 )				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
11000	C/U	FENTANIL (CITRATO) 0.05 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.M. - I.V. AMPOLLA 2 ML, PROTEGIDA DE LA LUZ.- OFRECEN: FENTANIL (CITRATO) PL 0.05 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE. 1 COTIZ VENCE: 08/2022 SOLIC. 004-016-2021	\$ 0.84	\$ 9,240.00
1000	C/U	PETIDINA CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.M. - I.V.- S.C. AMPOLLA 2 ML.- OFRECEN: MEPERIDINA PL 50 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE. 1 COTIZ VENCE: 08/2024 SOLIC. 004-016-2021	\$ 2.21	\$ 2,210.00
50	C/U	NALBUFINA CLORHIDRATO 10 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.M. - I.V. - S.C. AMPOLLA 1 ML, PROTEGIDO DE LA LUZ.- OFRECEN: NALBUFINA PL 10 MG /ML SOLUCIÓN INYECTABLE. 1 COTIZ VENCE: 07/2023 SOLIC. 004-016-2021	\$ 2.71	\$ 135.50
10	CTO	CLINDAMICINA (CLORHIDRATO) 300 MG CÁPSULA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. OFRECEN: CLINDAMICINA 300 MG CAPSULAS. 1 COTIZ VENCE: 04/2023 SOLIC. 003-015-2021	\$ 34.00	\$ 340.00
15	C/U	TIMOLOL (MALEATO) 0.5% SOLUCIÓN OFTÁLMICA FRASCO GOTERO (5 - 15) ML, PROTEGIDO DE LA LUZ.- OFRECEN: IRISTIMOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA. 6 COTIZ VENCE: 07/2024 SOLIC. 007-019-2021	\$ 4.50	\$ 67.50
25	C/U	TOBRAMICINA 0.3% SOLUCIÓN OFTÁLMICA FRASCO GOTERO (5 - 10)ML.- OFRECEN: IRIS TOBRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTERIL. 7 COTIZ VENCE: 05/2022 SOLIC. 007-019-2021	\$ 4.50	\$ 112.50
3	CTO	DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL.- OFRECEN: DRAMANYL TABLETAS. 2 COTIZ VENCE: 06/2022 SOLIC. 008-029-2021 MARCA: PAILL ORIGEN: EL SALVADOR	\$ 7.00	\$ 21.00

OELI TOTAL US \$: \$ 12,126.50

TOTAL EN LETRAS: DOCE MIL CIENTO VEINTISEIS DOLARES CON 50/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES:  
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS  
TIEMPO DE ENTREGA: 05 DIAS HÁBILES

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0220-21-1

FIRMA DEL TITULAR

26/1/2021

26/01/21

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**

**NOMBRE:** 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:

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**

**ORIGINAL: SUMINISTRANTE**

**COPIA: ALMACEN**

**COPIA: UNIDAD FINANCIERA**

**COPIA: U.A.C.I.**



**FIRMA PROVEEDOR**

**SELLO PROVEEDOR**