



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:	10 DE FEBRERO DE 2021	N° ORDEN:	90
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
VACUNA, S.A DE C.V (TEL 2505-3505)			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
50	C/U	CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTOMBINIO ACTIVADO (CCPa), O COMPLEJO COAGULANTE ANTI-INHIBIDOR, 500 UF, FRASCO VIAL CON POLVO LIOFILIZADO Y DISOLVENTE PARA SOLAUCIÓN INYECTABLE INTRAVENOSA. CONTIENE FACTORES II, IX Y X PRINCIPALMENTE NO ACTIVADOS, ASI COMO EL FACTOR VII ACTIVADO. EL ANTÍGENO DE FACTOR VIII COAGULANTE (F VIII C:AG) ESTA PRESENTE EN LA CONCENTRACIÓN MÁXIMA DE 0.1 U.I/UF. EL PRODUCTO ESTA LIBRE, O CONTIENE SOLO TRAZAS DEL SISTEMA CALICREINA-CININA.- OFERTAN: FEIBA 500 UI POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE.- ACTIVIDAD DE DESVIO DEL INHIBIDOR DE FACTOR VIII/COMPLEJO COAGULANTE ANTI-INHIBIDOR FACTOR VIII.- PRESENTACIÓN: CAJA POR UN VIAL POR 500 U DE POLVO LIOFILIZADO + VIAL DE 20 ML DE SOLVENTE + EQUIPO PARA RECONSTITUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN.	\$ 675.02	\$ 33,751.00
N° cot. 1		MARCA: SHIRE		
N°solic. 027-228-2021		ORIGEN: AUSTRIA	C-098	
OELj		VENCIMIENTO: 10/2021		

TOTAL US \$:

\$ 33,751.00

TOTAL EN LETRAS: TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UNO DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACIONES:	
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS
TIEMPO DE ENTREGA:	5 DIAS HÁBILES

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

FIRMA DEL TITULAR

10/2/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: 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 FINANCIERA

COPIA: U.A.C.I.

FIRMA PROVEEDOR

SELLO PROVEEDOR