

# HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM



**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: | San Salvador, 12 de Julio de 2021 | N° ORDEN: <b>670</b> |
|----------------|-----------------------------------|----------------------|

|   |              |
|---|--------------|
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: | NIT y/o NCR: |
|---|--------------|

**GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. (2231-1683, 2231-3633, 2281-0222)**

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN   | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|-------|---|------------------------|--------------------|
| 5000     | C/U   | Ranitidina (Clorhidrato) 50 mg solución inyectable I.M. – I.V. Ampolla (2 – 5)mL protegida de la luz<br><br>Presentación: Ampolla X 2 ML<br><br>Marca: PAILL<br>Origen: El Salvador<br>Vencimiento : 2024<br><br>C- | \$ 0.19                | \$ 950.00          |

Solic: 094/830/2021  
Cotiz 2 W.P

**TOTAL US \$:** \$ 950.00

NOVECIENTOS CINCUENTA DOLARES CON 00/100 CENTAVOS

**OBSERVACIONES:** Hospitalización Y Consulta Externa

**LUGAR DE ENTREGA:** Almacen de Medicamentos

**TIEMPO DE ENTREGA:** 5 dias habiles

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

  
 FIRMA DEL TITULAR

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

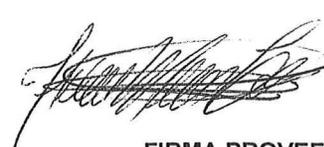
**NOMBRE:** Licda. Ana Rosa Cortez Hernandez, Licda. Blanca Ruth Portillo de Anzora

**TELEFONO:** 2133-3116      **CORREO:** [farmacia.jefe@hospitalbloom.gob.sv](mailto:farmacia.jefe@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<br>COPIA: ALMACEN<br>COPIA: UNIDAD FINANCIERA<br><br>COPIA: U.A.C.I. | <br>FIRMA PROVEEDOR | SELLO PROVEEDOR |
|--|--|-----------------|

24/9  
13 de Julio 21