

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)

29 Jul. 21

Lugar y fecha: San Salvador, 29 de Julio de 2021 N° ORDEN: **820**

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

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

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
32	C/U	Dorzolamida (Clorhidrato) 2% Solucion Oftalmica Frasco gotero 5 ml protegido de la luz Presentación: Frasco Gotero x 5 ML Marca: PAILL Origen: El Salvador Vencimiento : 06/22 C-724 SOLICITUD: 116-916-2021	\$ 9.95	\$ 318.40
3000	C/U	Hioscina N-Butil Bromuro 20 mg/mL Solucion Inyectable I.M. - I.V. Ampolla 1 mL Marca: PAILL Origen: El Salvador Vencimiento : 01/23 C-726 SOLICITUD: 111-903-2021	\$0.38	\$ 1,140.00
10000	C/U	Midazolam (Clorhidrato) 5 mg/mL Solución inyectable I.M. - I.V. Ampolla 3 mL Marca: PAILL Origen: El Salvador Vencimiento : 06/22	\$2.80	\$ 28,000.00
W.P		Tiempo de Entrega: 5 dias habiles despues de recepcion de permiso por DNM C-727 SOLICITUD: 110-900-2021		

TOTAL US \$: \$ 29,458.40

VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO DOLARES CON 40/100 CENTAVOS

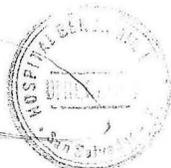
OBSERVACIONES: Consulta Externa y Hospitalización

LUGAR DE ENTREGA: Almacen de Medicamentos

TIEMPO DE ENTREGA: 5 dias habiles

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

[Handwritten Signature]
FIRMA DEL TITULAR *29/7/2021*



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

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

