

# 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, 30 de Septiembre de 2021	N° ORDEN: <b>991</b>
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:
DROGUERIA AMERICANA, S.A. DE C.V. (2212-0781, 2212-0770)		

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
1300	C/U	Solución para diálisis peritoneal continua ambulatoria con Dextrosa (2.3 – 2.5%) Solución I.P. Bolsa 2,000 mL, con bolsa de drenaje capacidad 3000 mL. Marca: Baxter Origen: Mexico y/o Colombia C-978 Vencimiento : no menor a 18 meses contados a partir de la fecha de recepcion en almacen del Hospital	\$ 6.50	\$ 8,450.00
600	C/U	Solución para diálisis peritoneal con Dextrosa 4.25% Solución I.P. Bolsa 5,000 mL. Marca: Baxter Origen: Mexico y/o Colombia Vencimiento : 280 unidades - Vencimiento 08/2022 320 Unidades - No menor a 18 meses contados a partir de la fecha de recepcion en almacen del Hospital C-	\$ 9.65	\$ 5,790.00


Solic: 167/1169/2021  
Cotiz 1  
W.P

**TOTAL US \$: \$ 14,240.00**

**CATORCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA DOLARES CON 00/100 CENTAVOS**

OBSERVACIONES:	Programa de Dialisis Ambulatorio, entrega domiciliar
LUGAR DE ENTREGA:	Almacen de Medicamentos
TIEMPO DE ENTREGA:	100% Inmediato, a un maximo de 5 dias hábiles

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

  
**FIRMA DEL TITULAR**



01/10/2021

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

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

**TELEFONO** 2133-3116 **CORREO:** [anarosa.cortez@salud.gob.sv](mailto:anarosa.cortez@salud.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**

24/9/21  
30 Septiembre