

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, 8 de Septiembre de 2021 | | | N° ORDEN: | RP-67 |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------|
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: | | | | NIT y/o NCR: | |
| LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. (2251-9798 / 2251-9797) | | | | | |
| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) | |
| 100 | C/U | Fosfato de potasio solución inyectable vial 15 ml. Marca: VIJOSA Origen: EL SALVADOR Vencimiento : No menor a 18 meses al entregar C- 859 | \$ 15.09 | \$ 1,509.00 | |
| Solic: 150/1053/2021 Cotiz 1 W.P | | | | | |
| TOTAL US \$: | | | | \$ 1,509.00 | |

UN MIL QUINIENTOS NUEVE DOLARES CON 00/100 CENTAVOS

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| OBSERVACIONES: | Hospitalización |
| LUGAR DE ENTREGA: | Almacen de Medicamentos |
| TIEMPO DE ENTREGA: | 3 a 5 dias hábiles |

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-2


FIRMA DEL TITULAR



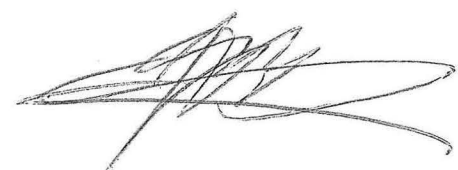

8/9/2021

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

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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

21/9
8 Sept 21