

**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, 25 de Octubre de 2021	N° ORDEN: <b>1107</b>
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:
CORPORACION CEFA, S.A. DE C.V. (2259-1100 / 2259-1113)		

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
600	C//U	<b>Fosfomicina (disódica) 1.0 g solución o polvo para solución inyectable I.V. frasco vial.</b> <b>Presentación: Caja X 1 Ampolla</b> <b>Marca: SENOSIAIN</b> <b>Origen: México</b> <b>Vencimiento : 18 meses</b>  C- 1063	\$ 7.45	\$ 4,470.00

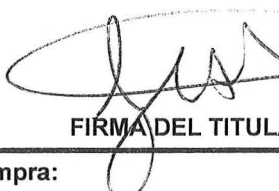

Solic: 142/1026/2021  
Cotiz 1  
W.P

**TOTAL US \$:** \$ 4,470.00

**CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA DÓLARES CON 00/100 CENTAVOS**

<b>OBSERVACIONES:</b>	Consulta Externa y Hospitalización
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	Almacen de Medicamentos
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	25 días Calendario, de recibir antes el producto la entrega se realizará

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



  
 FIRMA DEL TITULAR
 
25/10/2021

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**  
**NOMBRE:** Dr. Héctor Milton Barrientos Sánchez  
**TELEFONO** 2133-3138 Ext. 1222 **CORREO:** [hector.barrientos@salud.gob.sv](mailto:hector.barrientos@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

25. Oct. 2021

Corporación Cebo S.A. de C.