

**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, 23 de Noviembre de 2021	N° ORDEN: <b>1193</b>
----------------	---------------------------------------	-----------------------

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

**DROGUERÍA NUEVA SAN CARLOS, S.A. DE C.V. (2212-7262)**

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
10	C/U	<b>EMICIZUMAB 30 MG/ML, SOLUCION INYECTABLE S.C VIAL 1 ML</b>  <b>Presentación: CAJA X 1 VIAL</b>  <b>Marca: ROCHE</b> <b>Origen: JAPON</b> <b>Vencimiento : 12-2022</b>  C-	\$ 2,317.95	\$ 23,179.50

Solic: 1053/2021  
Cotiz 1  
W.P

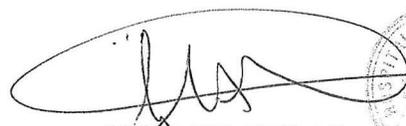
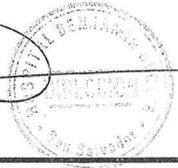
**TOTAL US \$:**

**\$ 23,179.50**

**VEINTITRES MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE DÓLARES CON 50/100 CENTAVOS**

OBSERVACIONES:	
LUGAR DE ENTREGA:	Almacen de Medicamentos
TIEMPO DE ENTREGA:	25 días hábiles

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

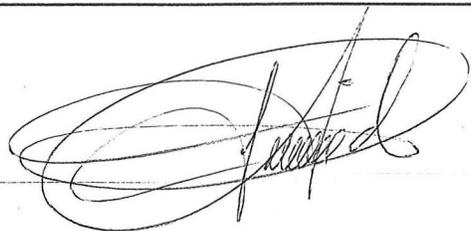
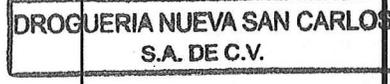
  
**FIRMA DEL TITULAR**

23/11/21

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**  
**NOMBRE:** Dr. David Ernesto Castillo Bustamante  
**TELEFONO** 2133-3240 Ext. 1218      **CORREO:** [david.castillo@salud.gob.sv](mailto:david.castillo@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.	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	 <b>SELLO PROVEEDOR</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*David Castillo*  
18:50 pm  
23/11/2021

24/11/21

**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, 23 de Noviembre de 2021	<b>N° ORDEN: 1193</b>
----------------	---------------------------------------	-----------------------

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:	DROGUERÍA NUEVA SAN CARLOS, S.A. DE C.V. (2212-7262)	NIT y/o NCR:
-----------------------------------------------------	------------------------------------------------------	--------------

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
10	C/U	<b>EMICIZUMAB 30 MG/ML, SOLUCION INYECTABLE S.C VIAL 1 ML</b>  <b>Presentación: CAJA X 1 VIAL</b>  <b>Marca: ROCHE</b> <b>Origen: JAPON</b> <b>Vencimiento : 12-2022</b>  C-	\$ 2,317.95	\$ 23,179.50

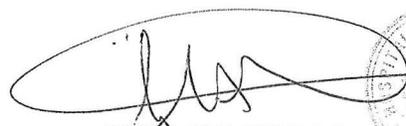
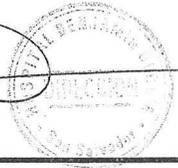
Solic: 1053/2021  
Cotiz 1  
W.P

**TOTAL US \$:** \$ 23,179.50

**VEINTITRES MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE DÓLARES CON 50/100 CENTAVOS**

<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	Almacen de Medicamentos
<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>	25 días habiles

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

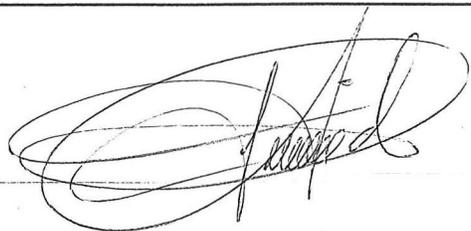
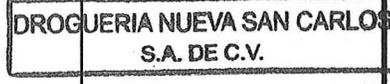
  
**FIRMA DEL TITULAR**

23/11/21

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**  
**NOMBRE:** Dr. David Ernesto Castillo Bustamante  
**TELEFONO** 2133-3240 Ext. 1218      **CORREO:** [david.castillo@salud.gob.sv](mailto:david.castillo@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.	 <b>FIRMA PROVEEDOR</b>	 <b>SELLO PROVEEDOR</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

24/11/21