



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

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, 18 de Junio de 2021	N° ORDEN:	641
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:		NIT y/o NCR:	
VACUNA, S.A. DE C.V. (2505-3500)			

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
46	C/U	<p>Concentrato de Complejo Protombinico activado (CCPa), o Complejo Coagulante anti-inhibidor, 500 UF, frasco ial con polvo liofilizado y disolvnte para solución inyectable intravenosa. Contiene factores II, IX y X principalmente no activados, asi como el Factor VII activado. El antígeno del Factor VIII coagulante (F VIII C: Ag) está presente en la concentración máxima de 0.1 UI/ L UF. El producto está libre, o contiene sólo trazas del sistema calicreína-cinina.</p> <p>Presentación: Caja por 1 vial x 500 U de polvo Liofilizado + Vial de 20 ml de solvente + Equipo para reconstitucion y Administracion</p> <p>Marca: SHIRE</p> <p>Origen: Austria</p> <p>Vencimiento : 07/2022</p>	\$ 675.02	\$ 31,050.92

Solic: 085/731/2021
Cotiz 1 W.P

C-

TOTAL US \$:

\$ 31,050.92

TREINA Y UN MIL CINCUENTA DOLARES CON 92/100 CENTAVOS

OBSERVACIONES:	Pacientes de Hemofilia
LUGAR DE ENTREGA:	Almacen de Medicamentos
TIEMPO DE ENTREGA:	5 dias habiles

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


FIRMA DEL TITULAR



21/6/2021

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



SELLO PROVEEDOR

W.P
21 Junio 21