



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TEL. 2132-6890, FAX 2132-6891

MINISTERIO DE SALUD  
 CALIDAD DE  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECER

## ORDEN DE COMPRA No. 1

FECHA: 14 DE ENERO 2016

**SEÑORES:** **DNA PHARMACEUTICALS , S.A DE C.V.** **NIT: 0614-080598-102-2**  
**TELEFONO: 2526-1600**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACÉN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 AM Y DE 1:30 A 3:PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
30	NITROPRUSIATO 25 MG/ML. SOL. INY. VIAL 2 ML. PROT. DE LA LUZ, NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG X 2 ML. FCO. VIAL PROT. DE LA LUZ ( 1 COT.)  MARCA: GENSIÁ ORIGÉN: USA  TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 001/2016 AM: 01/2016  USO: HOSPITALIZACION  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota, EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el BANCO DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$50.00	\$ 1,500.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,500.00</b>

*14/01/2016 11:03M*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. 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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA
14/01/16	\$ 1,500. <sup>00</sup>	54108	
			  ADMINISTRACIÓN