



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

Ministerio de Salud



ORDEN DE COMPRA No.003

FECHA: 18 DE ENERO DE 2016

SEÑORES:

LABORATORIOS LOPEZ, S.A. DE C.V.

NIT: 0614-280878--003-7

2251-5923, FAX: 2251-5935

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

HORARIO DE RECEPCION EN ALMACEN: 7:30 AM A 11:30 AM Y DE 1:30 A 3 PM

DESPOCHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	Solución para diálisis peritoneal con 4.25% solución bolsa 5000 ml	c/u	\$ 6.80	\$ 680.00
400	Solución para diálisis peritoneal continua ambulatoria c/dextrosa 4.25% solución IP bolsa 2000 ml c/bolsa gemela y bolsa de drenaje C/cap DE 3000 ml	C/U	\$ 5.00	\$ 2.000.00
1450	Solución para diálisis peritoneal continua ambulatoria c/dextrosa 2.5% solución IP bolsa 2000 ml c/ bolsa gemela y bolsa de drenaje C/cap DE 3000 ml	C/U	\$ 5.00	\$ 7.250.00
70	Solución para diálisis peritoneal 1.5% Solución bolsa 2000 ml (Dianeal con dextrosa al 1.5% 2 litros)	c/u	\$ 5.00	\$ 350.00
400	Solución para diálisis peritoneal con 1.5% solución bolsa 5000 ml		\$ 6.80	\$ 2.720.00
1 COT.	<p>TIEMPO DE ENTREGA: Renglones 1,24 y 5, 10 DIAS HABILES DESPUÉS DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA. Y Renglón 3, 45 DIAS HABILES DESPUÉS DE RECIBIDA O. DE C.</p> <p>Marca: Baxter. Origen: México.</p> <p>SOLICITUD: 004/2016, AM 04/2016 USO HOSPITALIZACION.</p> <p>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 A LA UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.</p>			
VPBH			TOTAL...	\$13.000.00

Handwritten signature and date: 18/01/16 9:23 AM

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

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
19/1/16	\$13,000.00	54108	<i>Handwritten signature</i>	

Dr. Héctor Guillermo Lara Torres
 SUBDIRECTOR H.N.N.B.B.
 P.V.P.M. No. 1876