



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



ORDEN DE COMPRA No.33

FECHA: 21 DE ENERO 2016

SEÑORES: **BIOGALENIC , S.A DE C.V.** **NIT: 0614-080801-102-4**
TEL.: 2227-4133, FAX: 2227-4466

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
120	METRONIDAZOLÉ SOLUCION 5 MG/ML. BOLSA DE 100-ML., PRESENTACION CAJA X 60 UNIDADES, (4 COT.)	C/U	\$ 0.57	\$ 68.40
1,300	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% INY. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 1,000 ML. (1 COT.)	C/U	\$ 0.87	\$ 1,131.00
4,300	SOL. ELECTROLITICA EN AGUA DESTILADA CON NA, K, CA, Y LACTATO (HARTMAN) SOL. INY. I.V. BOLSA PLASTICA DE 250 ML. (1 COT.)	C/U	\$ 0.52	\$ 2,236.00
2,000	DEXTROSA+SODIO CLORURO (5+9)% SOL. ELECT. EN AGUA DEST. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 250 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.48	\$ 960.00
1,300	DEXTROSA + SODIO CLORURO (5+9)% SOL. ELECT. EN AGUA DEST. IV. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 1,000 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.87	\$ 1,131.00
SO.	<p>ENTREGA: 5- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA</p> <p>MARCA: DELMED ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>SOLICITUD: 90.91/2016 AM 06. 07/2016</p> <p>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. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>			
			TOTAL...	\$5,526.40

Handwritten signature and date: 20/01/16 2:39 PM

SEÑOR 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
29/01/16	\$5,526.40	54108	<i>Handwritten signature</i>

Dr. Hector Guillermo Lara...
SUBDIRECTOR, H.A. ADMINISTRACIÓN
C.P.R. NO. 1078

