



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

REPUBLICA DE EL SALVADOR  
EL SALVADOR  
UNAMONOS PARA CRECER

## ORDEN DE COMPRA No.113

FECHA: 05 DE FEBRERO 2016

SEÑORES: **DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS, S.A. DE C.V. TELEFONO: 2225-2925, FAX: 2226-3060** **NIT: 0614-300491-101-3**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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    |
|---|---|------|-----------------|-----------------|
| 1   | SUERO TIPEADOR POLICLONAL ANTI -jkb, FCO. TRANSPARENTE DE 2 ML. (2 COT.)      | C/U  | \$ 64.45        | \$ 64.45        |
| 1   | SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI-LEA, FCO. TRANSPARENTE DE 2 ML. (2 COT.)       | C/U  | \$ 52.80        | \$ 52.80        |
| 1   | SUERO TIPEADOR POLICLONAL ANTI-k CELLANO, FCO. TRANSPARENTE DE 2 ML. (2 COT.) | C/U  | \$ 66.00        | \$ 66.00        |
| ENTREGA: DEPENDIENDO DE AUTORIZACION DE LA DNM  |   |      |                 |                 |
| MARCA: LORNE. ORIGEN: INGLATERRA  |   |      |                 |                 |
| SOLICITUD: 111, 112/2016, AM : 07,08/2016   |   |      |                 |                 |
| <b>USO: BANCO DE SANGRE</b>   |   |      |                 |                 |
| Nota: favor tramitar quedari inmediatamente despues de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas sera necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electronica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UH JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA. |   |      |                 |                 |
| <b>SO.</b>  |   |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$183.25</b> |

SEÑOR 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**

| FECHA    | VALOR    | ESPECIFICO | FIRMA |                               |
|----------|----------|------------|-------|-------------------------------|
| 19/02/16 | \$183.25 | 54113      |       | <br><br><b>ADMINISTRACION</b> |