



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

MINISTERIO DE SALUD
2016 (16/02/16)
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

ORDEN DE COMPRA No.114

FECHA: 05 DE FEBRERO 2016

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

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CRÉDITO

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 Jka. FCO. TRANSPARENTE DE 2 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 42.90	\$ 42.90
1	SUERO TIPEADOR ANTI H LECTINA 2 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 12.00	\$ 12.00
6	SUERO TIPEADOR ANTI A ₁ LECTINA 5 ML. FCO. TRANSPARENTE (2 COT.) ENTREGA: DEPENDIENDO DE AUTORIZACION DE LA DNM MAICA: LORNE, ORIGEN: INGLATERRA SOLICITUD: 110, 111/2016, AM :05.07/2016 USO: BANCO DE SANGRE 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 vía 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	C/U	\$ 12.30	\$ 73.80
SO.			TOTAL...	\$128.70

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	
17/02/16	\$128.70	54113		 ADMINISTRACIÓN