



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



ORDEN DE COMPRA No. 416

FECHA: 26 DE MAYO DE 2016

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

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN 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	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE, ANTIVIPMYN CAJA CON UN FRASCO AMPULA CON LIOFILIZADO SIN DILUYENTE, MARCA BIOCLON, S.A. DE C.V., ORIGEN: MEXICO (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA SU ORDEN DE COMPRA	C/U	\$72.00	\$ 720.00
12	NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG. X 2 ML. FCO. VIAL PROTEGIDO DE LA LUZ, MARCA: GENSIÁ, ORIGEN: USA, (1 COT.) ENTREGA: 30 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA SU ORDEN DE COMPRA TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 555/2016 AM 58/2016 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 vía electrónica por el BANCO DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$50.00	\$ 600.00
SO.			TOTAL...	\$1,320.00

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
30/5/16	\$ 1.320,00	54108	



ADMINISTRACION
 SUBDIRECCION H.N.N.B.B.
 J.V.P.M. No. 1876