



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



## ORDEN DE COMPRA RP-76

FECHA: 13 DE MAYO 2016

SEÑORES:

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

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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
5	PROTAMINA SULFATO 10 MG/ML. FCO. VIAL 5 ML. SOLUCION INYECTABLE ( 1 COT.)  MARCA: FLAGSHIP ORIGEN INDIA  TIEMPO DE ENTREGA: 8- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 001/2016 AM: 01/2016  USO: HOSPITALIZACION  Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues 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 via electronica por el BANCO DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$40.00	\$ 200.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$200.00</b>

*13/05/2016 3:29 PM*

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
16/5/16	\$200.00	54108	<i>[Signature]</i>

16/5/2016  
  
 ADMINISTRACIÓN