



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

MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECER

## ORDEN DE COMPRA No. 572

FECHA: 26 DE AGOSTO 2016

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

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO CREDITO

DESPACHAR A: ALMACÉN 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
1	GATO CONCENTRACION 1:10 FRASCO 10 ML /25% GLICERINADOS ) ( 1 COT.	C/U	\$45.53	\$ 45.53
1	PERRO CONCENTRADO 1:10 FRASCO VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS ( 1 COT.)	C/U	\$45.53	\$ 45.53
1	DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS CONCENTRACION , 1:10 FCO. VIAL 10 M L. (25% GLICERINADOS( 1 COT.)	C/U	\$593.85	\$ 593.85
MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 15- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 504/2016 AM 50/2016  USO: ALERGIAS  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado al 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 electrónica por el BANCO DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.				
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$684.91</b>

*Handwritten:* 26/08/16 12:10 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	
29/8/16	\$ 684.91	54 108	<i>[Signature]</i>	30/8/2016  ADMINISTRACIÓN