

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



ORDEN DE COMPRA RPI-119

FECHA: 20 DE OCTUBRE 2016

SENORES:

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 AT

ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 AM Y DE 1:30 A 3:PM

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----------|--|----------|--------------------|--------------|
| 30 | PROTAMINA SULFATO (10 MG.) PROTASHIP SOLUCION INVECTABLE (1 COT.) | c/u | \$40.00 | \$ 1,200.0 |
| | MARCA FLAGSHIP, ORIGEN: INDIA VTO. 18 MESES | | | |
| | TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. | | | |
| | SOLICITUD: 751/2016 AM: 77/2016 | - | | |
| | USO: HOSPITALIZACION | | | |
| so. | NOTA: "SEÑOR PROVEEDOR ADJUNTO A LA FACTURA DEBE PRESENTAR LA DECLARACION JURADA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL SEGÚN FORMATO QUE SE ADJUNTA A LA ORDEN DE COMPRA" | Office D | 01013,40th | |

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

- 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 | 10 100 5111.100 |
|---------|----------|------------|-------|-----------------|
| 4/10/16 | \$ 1,200 | 50108 | 00.0 | 25 10 201 |