

**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.**  
**TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891**

EL SALVADOR  
 UNIDAS CRECEROS TODOS

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

**ORDEN DE COMPRA N° 348**

**FECHA:** 24 DE NOVIEMBRE DE 2017  
**SEÑORES:** NIPRO MEDICAL CORPORATION SUC. EL SALVADOR **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2243-2678 **FAX:** 2243-2543  
**DESPACHAR A:** ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE**

| CANTIDAD | DETALLE   | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL      |
|----------|---|------|-----------------|-------------------|
| 440      | CONCENTRADO DE ÁCIDO PARA HEMODIALISIS NA(136-144) MEQL K 2 MEQL CA (1.5-3.0)MEQL MG1 MEQL POLVO O LIQUIDO, BOLSA<br><br>MARCA: ROCKWELL <span style="float:right">ORIGEN: USA</span><br>VENCIMIENTO: MINIMO 12 MESES.<br><br>FAVOR TRAMITAR QUEDAN ANTES DEL 5 DE DIC. DE 2017 | C/U  | \$15.00         | \$6,600.00        |
|          | TOTAL .....   |      |                 | <u>\$6,600.00</u> |

N°cotiz. 1  
 Solic.  
 47-471/2017  
 oeli./

*Handwritten notes:*  
 29/11/017  
 10-4-017

**NOTA:** Sr. 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 | FIRMA              | VALOR      | ESPECIFICO |
|-------|--------------------|------------|------------|
|       | <i>[Signature]</i> | \$6,600.00 | 54108      |
|       |                    |            |            |

*Handwritten:* 29/11/017  
  
**ADMINISTRACIÓN**