



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

EL SALVADOR UNIDAD CRECERES Juntos

ORDEN DE COMPRA No. RP-318

FECHA: 31 DE OCTUBRE DE 2017

SEÑORES: DNA PHARMACEUTICALS S.A DE C.V. NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2526-1600 FAX:

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
3	COSMOS SPP (MIRASOL MORADO Y BLANCO) CONCENTRACION 1:10 FCO. VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA:ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$195.96 ✓
2	CHENOPODIUM ALBUM (QUELITE,CENIZO) 1:10 FCO. VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA:ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	PLANTAGO DILUCION 1:10 FCO. 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	ASPERGILLUS SP 1:10, FRASCO 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	HORMODENDRUM CLADOSPORIOIDES DILUC. 1:10 FCO. VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	LOLIUM PERENNE (PASTO INGLES) DILUC. 1:10 FCO. VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	PENICILIUM, DILUCION 1:10 FCO DE 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA:ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	EUCALIPTUS SPP (EUCALIPTO) CONCENTRACION 1:10 FRASCO VIAL 10 ML. MARCA:ALERQUIM ORIGEN:MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
	PASAN			
	VENCIMIENTO: 18 MESES.			
	ENTREGA: 8 DIAS HABILES			
	USO EN: Alergia			
				<u>\$1,110.44</u> ✓

N°cotiz. 1

Solic. 65-627/2017

oeli./

NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.

Handwritten: 31/10/2017 1:42pm

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
31/10/2017	<i>[Signature]</i>	\$6523.13	54113

ADMINISTRACIÓN



Dr. Héctor Guillermo Lara Torres
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.
 J.V.P.M. No. 1876



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

EL SALVADOR UNICO PAIS PARA TODOS

ORDEN DE COMPRA No. RP-318

FECHA: 31 DE OCTUBRE DE 2017
SEÑORES: DNA PHARMACEUTICALS S.A DE C.V. NIT:
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2526-1600 FAX:
DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

Table with 5 columns: CANTIDAD, DETALLE, U.M., PRECIO UNITARIO, PRECIO TOTAL. Contains 10 rows of medication items and a total row.

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

Table with 4 columns: FECHA, FIRMA, VALOR, ESPECIFICO. Contains handwritten data for date, signature, value, and item code.

Administración stamp and signature area with circular seal of Hospital Benjamín Bloom.

Stamp: SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B. J.V.P.M. N. 1976



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

EL SALVADOR
 UNIDOS CRECEMOS JUNTOS

ORDEN DE COMPRA No. RP-318

FECHA: 31 DE OCTUBRE DE 2017
SEÑORES: DNA PHARMACEUTICALS S.A DE C.V. **NIT:**
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO **TEL:** 2526-1600 **FAX:**
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
	VIENEN-----			
2	AMBROSIA ELIATOR 1:10 FCO. VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$ 130.64 ✓
2	ARTEMISA VULGARIS FCO. DE 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	SORGHUM HOLCUS DILUC. 1:10 FCO. DE 10 ML- SORGHUM HOLCUS HALAPENSE CONCENTRACION 1:20 FCO 5ML (50% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
2	ALTERNARIA CONCENTRACION 1:10 FRASCO 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
1	PERRO, CONCENTRACION 1:10 FRASCO 10ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$45.53	\$45.53 ✓
1	GATO, CONCENTRACION 1:10 FCO. 10 ML.(25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$45.53	\$45.53 ✓
2	ZEА MAYS FRASCO DE 10 ML DILUCION 1:10 MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
1	PLUMAS CONCENTRACION 1:10 FRASCO 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$45.53	\$45.53 ✓
	PASAN..... VENCIMIENTO: 18 MESES. ENTREGA: 8 DIAS HABILES USO EN: Alergia			<u>\$6,239.53</u> ✓

N°cotiz. 1
 Solic.
 65-627/2017
 oeli./

**NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE
 DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.**

Handwritten signature and date: 31/10/2017 11:42am

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del **BANCO DAVIVIENDA**, indicando el Nombre y número de cuenta

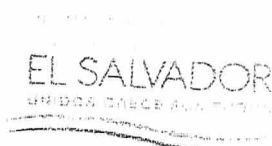
FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
31/10/2017	<i>[Signature]</i>	\$6,523.13	54113.

ADMINISTRACIÓN

SUBSECRETARÍA DE SALUD
 S.V.P.M. 10.1976



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



ORDEN DE COMPRA No. RP-318

FECHA: 31 DE OCTUBRE DE 2017
 SEÑORES: DNA PHARMACEUTICALS S.A DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2526-1600 FAX:
 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
	VIENEN-----			\$ 6,239.53
1	CANDIDA DILUCION 1.10 FRASCO DE 10 ML. (25% GLIOCERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$65.32
1	HORMIGA DILUCION 1:10 FRASCO DE 10 ML. (GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$87.64	\$87.64
2	CAPRIOLA DILUCION FRASCO 10ML – CAPRIOLA (CYNODON) DACTYLON (PATA DE GALLO) CONCENTRACION 1:10 FRASCO DE 10 ML. MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$130.64
	VENCIMIENTO: 18 MESES.			
	TOTAL			\$6,523.13
	ENTREGA: 8 DIAS HABILES			
	USO EN: Alergia			
N°cotiz. 1	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
Solic. 65-627/2017	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
oeli./				

Handwritten notes:
 10/11/17
 1:42pm

- 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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
31-Oct-2017	<i>[Signature]</i>	\$ 6,523.13	54113

ADMINISTRACIÓN



Handwritten notes at bottom:
 10/11/17
 1:42pm