



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

MINISTERIO DE SALUD  
**EL SALVADOR**  
 UNIDOS CRECEMOS TODOS

**ORDEN DE COMPRA N° RP-112**

**FECHA:** 20 DE MARZO DE 2018  
**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
40	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIRRABICA 150 U.I/ML, SOLUCIÓN INYECTABLE IM.-FRASCO VIAL 2 ML. KAMRAB, INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIRRABICA 150 UI/ML, SOLUCIÓN FRASCO VIAL 2 ML. MARCA: KAMADA LTD      ORIGEN: ISRAEL VENCIMIENTO: 18 MESES	C/U	\$65.00	\$2,600.00
	TOTAL .....			<u>\$2,600.00</u>
	ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización			
N°cotiz. 1	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
Solic. 11-289-2018	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
oeli./				

*Handwritten signature and date: 20/03/2018*

**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	
20/3/18	<i>[Handwritten Signature]</i>	\$2,600.00	34108	 20/3/2018 <i>[Handwritten Signature]</i> <b>ADMINISTRACIÓN</b>