



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



**ORDEN DE COMPRA No.72**

**FECHA:** 07 DE MAYO DE 2018  
**SEÑORES:** MONTREAL, S.A DE C.V **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** MINSAL  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2224-2424 **FAX:** 2224-2460  
**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
150	CLORANFENICOL 1% UNGÜENTO OFTÁLMICO TUBO (3-5)G. CLOFEN UNGÜENTO OFTÁLMICO 1% POR 5G; COTIZ 1	C/U	\$1.90	\$285.00 ✓
100	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (0.3 + 0.1)% SUSPENSIÓN OFTÁLMICA FRASCO GOTERO (5-10)ML. TODEX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA POR 5ML. COTIZ 3  MARCA: OFTISOL ORIGEN:— VENCIMIENTO: NO MENOR DE 24 MESES	C/U	\$6.25	\$625.00 ✓
<b>TOTAL .....</b>				<b>\$910.00 ✓</b>
<b>ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES</b> <b>USO EN: Hospitalización</b> <b>NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.</b>				
Solic. 406 oeli./	<p align="right"><i>Recibido 07/05/18 11:05 AM</i></p>			

**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
			2018-3200-3-01-03-21-1-54108

**ADMINISTRACIÓN**