



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

MINISTERIO DE SALUD
 GOBIERNO DE
EL SALVADOR
 UNIDOS CRECEMOS TODOS

ORDEN DE COMPRA N°545

REPOSICIÓN POR ERROR EN FECHA

FECHA: 21 DE SEPTIEMBRE DE DE 2018
SEÑORES: DROGUERIA SAIMED, S.A DE C.V. **NIT:**
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO **TEL:** 2243-8620 Y 2243-8486 **FAX:**
DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS **DE:** 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

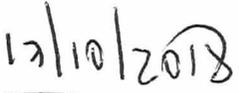
| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|---|--|------|-----------------|----------------|
| 120 | METRONIDAZOLE 5MG/MLSOLUCIÓN INYECTABLE IV. FRASCO VIAL O BOLSA 100 ML. MARCA: SAIMED ORIGEN: INDIA VENCIMIENTO: 06-2020 | C/U | \$0.50 | \$60.00 ✓ |
| | TOTAL | | | \$60.00 |
| | ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización | | | |
| N°cotiz. 3 Solic. 01-006-2018 oeli./ | NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | | |

Handwritten notes:
 17/10/18
 11-4444

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 | |
|----------|--------------------|----------|------------|--|
| 17/10/18 | <i>[Signature]</i> | \$ 60.00 | 54108. |   ADMINISTRACIÓN |
| | | | | |