



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



**ORDEN DE COMPRA No.540**

**FECHA:** 21 DE AGOSTO DE 2018  
**SEÑORES:** MONTREAL, S.A DE C.V  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL: 2224-2424**  
**DESPACHAR A:** ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE**

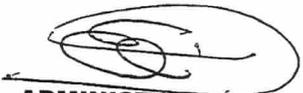
CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
30	CLORAFENICOL 1% UNGÜENTO OFTALMICO TUBO 3-5 G  OFRECEN: CLOFEN UNGÜENTO OFT 1% X 5 G MARCA: OPTISOL ORIGEN: — VENCIMIENTO: MAYOR A 18 MESES	C/U	\$1.88	\$56.40
TOTAL .....				\$56.40
ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización  N°cotiz. 1 Solic. 34-677-2018 oeli./				
NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.				

*25/09/18  
2:14pm*

**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	
26/9/18	<i>[Signature]</i>	\$56.40	54108	  <i>1/10/2018</i>  <b>ADMINISTRACIÓN</b>