



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



**ORDEN DE COMPRA No.539**

**FECHA:** 21 DE SEPTIEMBRE DE 2018  
**SEÑORES:** **LETERAGO S.A DE C.V** **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL :** 2509-0211 / 2509-0200 **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
5	<p>ÁCIDO POLIACRILICO 0.2% GEL OFTÁLMICO, TUBO 10 G.</p> <p>ACRYLARM GEL OFTALMICO ESTERIL</p> <p>MARCA:POEN ORIGEN: ARGENTINA</p> <p>VENCIMIENTO: 03-2021</p>	C/U	\$6.95	\$34.75
	TOTAL .....			<u>\$34.75</u>
	<p>ENTREGA: 3 DIAS HÁBILES</p> <p>USO EN: Hospitalización</p>			
N°cotiz. 1	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
Solic.	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
23-487-2018				
oeli./				

*Recu  
25/09/18  
2:10pm*

**NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:**

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
- 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	
27/9/18	<i>[Signature]</i>	\$34.75	54108	<p><b>ADMINISTRACIÓN</b></p>