



**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 No.634**

**FECHA:** 08 DE OCTUBRE DE 2018  
**SEÑORES:** ESERSKI HERMANOS,S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2271-4349 2271-6018 2271-5801 **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      |
|----------|---|------|-----------------|-------------------|
| 2        | PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE IMPENEM 10 PG VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. OFRECEN D.S. IMPENEM DE 10 UG. SE ENTREGARÁ 1 BRAZO DISPENSADOR POR 2 VIALES. VENCE 16-07-2019. ENTREGA: INMEDIATA. SOLIC. 82-548-2018 N° DE COTIZ 1   | C/U  | \$5.40          | \$10.80 ✓         |
| 2        | PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 1.25/23.75 PG 30 VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. OFRECEN D.S. TRIMETROPRIM/SULFAMETOXAZOLE DE 25 UG. SE ENTREGARÁ 1 BRAZO DISPENSADOR POR 2 VIALES. VENCE 27-06-2021 ENTREGA: INMEDIATA. SOLIC. 82-548-2018 N° DE COTIZ 1 | C/U  | \$5.40          | \$10.80 ✓         |
| 1        | AGAR MUELLER HINTON QUE CUMPLA CON LA NORMA CLSI, FRASCO 500 GRAMOS. OFRECEN: MUELLER HINTON AGAR VENCE: 03-08-2023 ENTREGA: INMEDIATA SOLIC: 85-550-2018 N° DE COTIZ 5   | C/U  | \$61.00         | \$61.00 ✓         |
| 4        | AGAR MAC CONKEY, FRASCO 500 GRAMOS OFRECEN: MACCONKEY AGAR VENCE: 07-2023 ENTREGA: INMEDIATA SOLIC: 85-550-2018 N° DE COTIZ 5<br><br>MARCA: OXOID/THERMO SCIENTIFIC ORIGEN: INGLATERRA  | C/U  | \$55.85         | \$223.40 ✓        |
|          | <b>TOTAL .....</b>  |      |                 | <b>\$306.00</b> ✓ |
|          | <b>USO EN:</b> Laboratorio Clínico  |      |                 |                   |
|          | <b>NOTA:</b> FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.   |      |                 |                   |

*Handwritten notes:*  
 23/10/18  
 11:34

oeli./

**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 |   |
|----------|--------------------|----------|------------|---|
| 22/10/18 | <i>[Signature]</i> | \$306.00 | 5413       | <br>23/10/2018<br><i>[Signature]</i><br><b>ADMINISTRACION</b> |
|          |                    |          |            |   |