



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



**ORDEN DE COMPRA No.894 ECSAL**

**FECHA:** 09 DE NOVIEMBRE DE 2018  
**SEÑORES:** DROGUERIA PISA DE EL SALVADOR S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:**2243-8171 EXT: 106 Y 107 **FAX:** 2243-8171  
**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        |
|----------|---|------|-----------------|---------------------|
| 125      | DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 50% SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. BOLSA O FRASCO DE 500ML. OFERTAN: SOLUCIÓN DX-50 PISA. N° DE COTIZ 2 ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES VENCIMIENTO: FEBRERO 2022 SOLIC. 37-703-2018   | C/U  | \$7.00          | \$875.00 ✓          |
| 40,000   | AGUA ESTERIL PARA INYECCIÓN AMPOLLA 10 ML. OFERTAN: AGUA INYECTABLE PISA SOLUCIÓN INYECTABLE N° DE COTIZ 2 ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES VENCIMIENTO: OCTUBR 2020 SOLIC. 37-703-2018  | C/U  | \$0.10          | \$4,000.00 ✓        |
| 600      | VECURONIO BROMURO 4 MG POLVO PARA DILUCIÓN IV AMPOLLA O FRASCO VIAL. OFERTAN: NODESCRON 4MG POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. N° DE COTIZ 1 ENTREGA: 6 DIAS HÁBILES VENCIMIENTO: MAYO 2019 SOLIC. 34-677-2018<br><br>MARCA: PISA                    ORIGEN: MÉXICO<br><br>"COORDINAR ENTREGA DE SUERO CON JEFE ALMACEN DE MEDICAMENTOS"<br><br>TOTAL .....<br><br>USO EN: Hospitalización<br><br>NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | C/U  | \$2.00          | \$1,200.00 ✓        |
|          |   |      |                 | <u>\$6,075.00</u> ✓ |

*Recibido 13/11/18 1:01pm*

**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 |                           |
|----------|----------------|------------|------------|---------------------------|
| 14/11/18 | <i>[Firma]</i> | \$6,075.00 | 54108      | <br><b>ADMINISTRACIÓN</b> |
|          |                |            |            |                           |

Dr. Héctor Guillermo Lara Torres  
**SUB-DIRECTOR**  
**H.N.N.B.B**