



**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.900 ECSAL**

**FECHA:** 09 DE NOVIEMBRE DE 2018  
**SEÑORES:** MONTREAL, S.A DE C.V **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2224-2424 **FAX:** 2224-2460  
**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 .....			<u>\$56.40</u>
N°cotiz. 1	ENTREGA: 20 DIAS HÁBILES			
Solic.	USO EN: Hospitalización			
34-677-2018	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
oeli./	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*Handwritten notes:*  
 7/13/11/18  
 10:14/18

**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
14/11/18	<i>[Signature]</i>	\$56.40	54108-



*Handwritten:* 13/11/2018  
*[Signature]*  
**ADMINISTRACIÓN**