

enviado



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





ORDEN DE COMPRA No.952 ECSAL

FECHA: 16 DE NOVIEMBRE DE 2018
SEÑORES: UNISERFA, S.A DE C.V. NIT:
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2281-5807 Y 7683-0551 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 |
|--|--|-------|-----------------|--------------|
| 180 | PROPANOLOL CLORHIDRATO 10 MG TABLETA, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ. MARCA: PHARMEDIC. ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTO: 04 2021 | CTOS. | \$7.50 | \$1,350.00 |
| TOTAL | | | | \$1,350.00 |
| ENTREGA: 15 DIA HÁBILES USO EN: Hospitalización | | | | |
| N°cotiz. 2 Solic. 38-854-2018 oei./ | | | | |
| NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | | | |

Handwritten notes: 20/11/18, 21/2/18

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 | |
|------------|--------------------|-----------|------------|--|
| 21-11-2018 | <i>[Signature]</i> | \$1,350.- | 54108 |  21/11/2018  ADMINISTRACIÓN |
| | | | | |