



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



**ORDEN DE COMPRA No.964 ECSAL**

**FECHA:** 20 DE NOVIEMBRE DE 2018  
**SEÑORES:** DNA PHARMACEUTICALS S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2526-1600 **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
3	AMBROSIA ELIATOR 1:10 FCO. VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$65.32	\$195.96 ✓
2	ATRIplex DILUCION 1:10 FRASCO VIAL DE 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
3	CUCARACHA, FRASCO VIAL DE 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$87.64	\$262.92 ✓
2	GATO, CONCENTRACION 1:10 FCO. 10 ML.(25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM.	FRASCO	\$45.53	\$91.06 ✓
1	MOSQUITO DILUCION 1:10 FRASCO 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$87.64	\$87.64
3	PERRO, CONCENTRACION 1:10 FRASCO 10ML. (25% GLICERINADOS) MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$45.53	\$136.59 ✓
2	PHLEUM PRATENSE (ZACATE TIMOTHY) 1:10 FCO. VIAL 10 ML. (25% GLICERINADOS) MARA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO.	FRASCO	\$65.32	\$130.64 ✓
1	SORGHUM HOLCUS DILUC. 1:10 FCO. DE 10 ML- SORGHUM HOLCUS HALAPENSE CONCENTRACION 1:20 FCO 5ML (50%	FRASCO	\$65.32	\$65.32
1	VACUNA BACTERIANA POLIVALENTE DILUCIÓN 1.5 FRASCO POR 50 ML.  VENCIMIENTO 18 MESES	FRASCO	\$16.86	\$16.86
	TOTAL .....			<u>\$1,117.63</u> ✓
	ENTREGA: 30 DIAS HÁBILES USO EN: ALERGIA			
N°cotiz. 1 C/U Solic. 02-051-2018 oeli./	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*Handwritten notes:*  
 21/11/2018  
 8:37am

**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>	\$1,117.63	54108	 21/11/2018 <b>ADMINISTRACIÓN</b>