



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.1000 ECSAL

REPOSICIÓN POR CAMBIO EN FECHA DE VENCIMIENTO

FECHA: 30 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 |
|--|---|------|-----------------|-------------------|
| 350 | METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SÓDICO) 500 MG POLVO P/ DILUCIÓNIM.-IV., FRASCO VIAL. MARCA: SAIMED VENCIMIENTO: 01-2020 MARCA: SAIMED ORIGEN: VENCIMIENTO: 01 2020 | C/U | \$13.00 | \$4,550.00 |
| TOTAL | | | | <u>\$4,550.00</u> |
| ENTREGA: 10 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización N° de cot 1 Solic. 34-677-2018 oeli./ | | | | |
| NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | | | |

Handwritten notes:
 30/11/18
 11:22 AM

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 |
|----------|--------------------|------------|------------|
| 30/11/18 | <i>[Signature]</i> | \$4,550.00 | 54108 |
| | | | |

[Signature]
ADMINISTRACIÓN
 Dr. Héctor Guillermo Lara Torres
 SUB-DIRECTOR
 H.N.N.B.B.

