



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



**ORDEN DE COMPRA No.72**

**FECHA:** 24 DE ENERO DE 2019  
**SEÑORES:** GAMMA LABORATORIES, S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2121-4371 Y 2121-4306 **FAX:** 2121-4399  
**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      |
|---------------------------------|---|------|-----------------|-------------------|
| 200                             | SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TARRO 400 GRAMOS PROTEGIDO DE LA LUZ.<br>OFRECEN: ALGEST 1% CREMA TÓPICA 1% PRESENTACIÓN TARRO POR 400GR. ENTREGA: 15 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR  | C/U  | \$9.85          | \$1,970.00        |
| 900                             | SALBUTAMOL (SULFATO) 0.5% SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN FRASCO 20ML, PROTEGIDO DE LA LUZ. (C.F.C)<br><br>OFRECEN: DILABRON SOLUCIÓN PARA RESPIRADOR PRESENTACIÓN FRASCO GOTERO DE 20ML. ENTREGA: 3 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. 3 COTIZ.<br>MARCA: GAMMA<br>ORIGEN: EL SALVADOR<br>VENCIMIENTOS: 24 MESES DESPUÉS DEL SUMINISTRO.<br>NOTA: PRODUCTOS SIN LEYENDA POR ESTAR EN STOCK. |      | \$0.90          | \$810.00          |
|                                 | TOTAL .....   |      |                 | <u>\$2,780.00</u> |
|                                 | USO EN: Hospitalización   |      |                 |                   |
| Solic.<br>02-002-2019<br>oeli./ | NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.  |      |                 |                   |

**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 |      |
|-------------|-------|---------|------------|------|
| 29 ENE 2019 |       | 2,780.- | 54108      | <br> |
|             |       |         |            |      |

**ADMINISTRACIÓN**