



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



MINISTERIO  
DE SALUD

**ORDEN DE COMPRA No.840**



**FECHA:** 15 DE OCTUBRE DE 2019  
**SEÑORES:** LABORATORIOS LOPEZ, S.A DE C.V. **NIT:** .....  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 22413170 **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              |
|--------------------------------|---|--|-----------------|---------------------------|
| 600                            | ENOXAPARINA SÓDICA 20 MG (2,000 UI ANTIFACTOR XA) SOLUCIÓN INYECTABLE S.C. JERINGA PRELLENADA 0.2 ML.- OFERTAN: MICROPARIN 20 MG/0.2ML SOLUCIÓN NYECTABLE. MARCA: PROCAPS ORIGEN: COLOMBIA VENCIMIENTO: NO MENOR A 15 MESES PRESENTACIÓN: CAJA POR UNA JERINGA PRELLENADA (4 COT) | C/U  | \$3.20          | \$1,920.00                |
| 2,400                          | SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL CON DEXTROSA 1.5% SOLUCIÓN I.P. BOLSA 5,000 ML.- OFERTAN: DIANEAL AL 1.5% PD2 SOLUCIÓN BOLSA 5 LITROS. MARCA: BAXTER ORIGEN: COLOMBIA VENCIMIENTO: ABRIL  | C/U  | \$7.20          | \$17,280.00               |
|                                | <b>TOTAL .....</b>  |  |                 | <b><u>\$19,200.00</u></b> |
|                                | <b>ENTREGA:</b> AMBOS PRODUCTOS EN 5 DIAS HÁBILES<br><b>USO EN:</b> Hospitalización   |  |                 |                           |
| Solic.<br>65-834-2019<br>oeli/ | <b>NOTA:</b> FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.   | <i>[Handwritten Signature]</i><br>16/10/19 |                 |                           |

**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.**

| ESPECÍFICO | VALOR       | FECHA    | FIRMA                          |   |
|------------|-------------|----------|--------------------------------|---|
| 54108      | \$19,200.00 | 16/10/19 | <i>[Handwritten Signature]</i> | <br><br><b>DIRECCIÓN.</b> |
|            |             |          |                                |   |