



**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.912**

**FECHA:** 06 DE NOVIEMBRE DE 2019  
**SEÑORES:** MONTREAL, S.A DE C.V **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2224-2424 **FAX:** 2224-2460  
**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
2	<p>ÁCIDO ZOLEDRÓNICO 4MG/5ML SOLUCIÓN INYETABLE FRASCO VIAL.</p> <p>OFRECEMOS: ÁCIDO ZOLEDRÓNICO UNIPHARM 4MG/5ML LIOFILIZADO Y SOLUCIÓN PARA USO PARENTERAL.</p> <p>MARCA: UNIPHARM</p> <p>ORIGEN: ARGENTINA</p> <p>VENCE: 07/2020</p>	C/U	\$74.58	\$149.16
	TOTAL .....			<u>\$149.16</u>
<p>ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ODC</p> <p>USO EN: Hospitalización</p>				
<p>N°cotiz. 3</p> <p>Solic.</p> <p>73-946-2019</p> <p>oeli./</p>		<p>NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.</p>		

**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	\$149.16	06/11/19		