



**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. 01**

**FECHA:** 21 DE ENERO DE 2,020  
**SEÑORES:** NORVANDA HEALTHCARE. S.A.,SUCURSAL EL SALVADOR **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2243-0395 **FAX:** 2243-0531  
**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
4	<b>BASILIXIMAB 20 MG POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V.</b> <b>FRASCO VIAL CON DILUYENTE DE 5 ML.</b> <b>NOMBRE COMERCIAL: SIMULECT 20 MG</b> <b>PRESENTACIÓN: CAJA POR UN VIAL DE 20MG CON DILUYENTE 5ML.</b>  <b>MARCA: NOVARTIS PHARMA STEINAG</b> <b>ORIGEN: SUIZA</b> <b>VENCIMIENTO: 09/2021</b>  <b>TOTAL .....</b>	CU	\$2,173.00	\$8,692.00
	<b>ENTREGA: 2 VIALES 1 DIA HÁBIL DESPUÉS DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA Y LOS OTROS DOS VIALES 45 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA PRIMERA ENTREGA.</b> <b>USO EN: Hospitalización</b>  <b>NOTA:FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.</b>			<u>\$8,692.00</u>

N°cotiz. 1  
Solic.  
08-015-2020  
oeli./

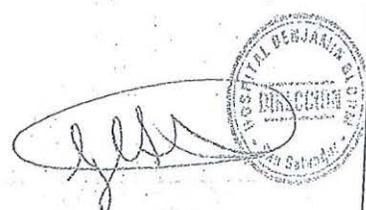
*[Handwritten Signature]*  
21/01/2020

**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.**

**CIFRADO PRESUPUESTARIO 3202-3-0202-21-1**

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54108	\$8,692.00	21/01/2020	<i>[Handwritten Signature]</i>



**DIRECCIÓN**  
**Dr. Angel Ernesto Alvarado Rodriguez**  
**DIRECTOR**  
**H.N.N.B.E.**