



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



ORDEN DE COMPRA No. 398

FECHA: 10 DE ABRIL 2014

SEÑORES: **DNA PHARMACEUTICALS, S.A DE C.V.**
TELEFONO: 2526-1600

NIT: 0614-080598-102-2

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO:

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 Y DE 1:30 A 3:PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|------------|--|------|-----------------|-----------------|
| 20 | PROTAMINA SULFATO (10 MG. O 10000 UI) Y/ML- SOLUCION INY. IV FCO. VIAL O AMPOLLA, PROTAMINA SULFATO 10 MG/ML FCO. VIAL 3 ML SOLUCION INYECTABLE (1 COT.) MARCA: FUJISAWA , ORIGEN: USA TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABILIS DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 311/2014; AM : 20/2014 USO: HOSPITALIZACION Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas sera necesario nos proporcione nota. EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electronica por el BANCO DAVIVIENDA indiccndo el nombre y número de la cuenta. | C/U | \$30.00 | \$ 600.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$600.00 |

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. 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 | VALOR | ESPECIFICO | FIRMA | |
|---------|----------|------------|-------|--|
| 10/4/14 | \$600.00 | 54108 | | 10/4/2014 ADMINISTRACIÓN |