



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR S.A. DE C.V.  
 TELEFONO: 2132-6890, FAX: 2132-6891



**ORDEN DE COMPRA No. 353**

FECHA: 29 DE MAYO 2015

SEÑORES: **DROGUERIA SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.** NIT: 0614-280142-0027  
**TELEFONO: 2223-8000, 2250-6200 FAX: 2250-6240**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

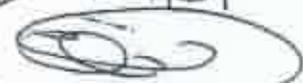
CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3	VACUNA CONTRA LA VARICELA (VIRUS ATENUADO) 0.5 ML. VARILRX ( 1 COT.)  MARCA : GLAXOSMITH KLINE  TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA FIRMADA.  SOLICITUD: 983/2015, AM: 91/2015 USO: HOSPITALIZACIÓN  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente despues de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$42.00	\$126.00
<b>SO.</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$126.00</b>

*29/05/15  
2:12 PM*

NOTA: Sr Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere al 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	
29/5/15	\$126.00	54122	<i>[Signature]</i>	 <i>29/5/15</i>  ADMINISTRACIÓN