



## ORDEN DE COMPRA RP-278

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DE 2015

**SEÑORES:** **LABORATORIOS LOPEZ S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2251-5944, 2251-5959, FAX: 2277-9230** **NIT: 0614-280878-003-7**  
**licitaciones@lablopez.com.sv**

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 HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M. Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,169	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA C/DEXTROSA 2.5% SOL. IP BOLSA 2000 ML. C/BOLSA GEMELA Y BOLSA DRENAJE C/CAPAC. 3.000 ( 1 COT.)	C/U	\$ 5.00	\$ 5,845.00
64	SOLUCIÓN DE DIALISIS PERITONEAL AL 1.5% SOLUCION BOLSA 2,000 ML. ( 1 COT.)	C/U	\$ 5.00	\$ 320.00
ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA				
MARCA: BAXTER ORIGEN: MEXICO				
SOLICITUD: 1,108/2015, A/M: 164/2015				
USO: HOSPITALIZACION				
Nota. Favor tramitar quedar 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 indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA				
<b>SO.</b>	<b>TOTAL...</b>			<b>\$6,165.00</b>

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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
25/11/15	\$6,165.00	5418		  