



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



## ORDEN DE COMPRA RP-124

FECHA: 17 DE AGOSTO 2016

**SEÑORES:** **DISTRIBUIDORA RONASA, S.A. DE C.V.** **NIT:**  
**TELEFONO: 2278-6464, FAX: 2278-1664**

FACTURAR A NOMBRE DE: **HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**

FORMA DE PAGO: **CREDITO**

DESPACHAR A: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS,**  
**HORARIO DE ATENCION : 7:30 A.M A 11.30 a.m y de 1:30 a 3:00 PM**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
33	ATROPINA SULFATO (0.5-1) % SOLUCION, ATROPIN 1% FRASCO GOTERO 10 ML. ( 2 COT.)  MARCA: OPTISOL ORIGEN: LABORATORIOS LAFOFA  <b>USO EN: HOSPITALIZACION</b>  S/C : 423/2016 AM: 43/2016  <b>ENTREGA: 100% INMEDIATAMENTE</b>  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después 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 vía 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	\$ 5.53	\$ 182.49
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$182.49</b>

NOTA: Señor 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	
18/8/16	\$182.49	54108		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>19/8/2016</p> <p>ADMINISTRACIÓN</p> </div> <div style="text-align: right;"> </div> </div>