

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

EL SALVADOR
 2017

ORDEN DE COMPRA NO. 133

FECHA: 03 DE MARZO DEL 2017
 SEÑORES: CENTRUM, S.A. DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2521-2200 FAX. 2521-2227
 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
1,000	PROPOFOL 10MG/ML. EMULSION I.V. AMP. 20ML POFOL 10MG/ML SOLUC. INY. QUE CONTIENE PROPOFOL 10.0MG. CAJA DE 5 AMPOLLAS DE 20ML, REGISTRO SANITARIO No. F016619032003 MARCA: POFOL, ORIGEN: KOREA. (1 Cotiz.)	C/U.	\$5.00	\$5,000.00
TOTAL				\$5,000.00
ENTREGA: 500 ui. 15 dias habiles despues de autoriza- cion de la DNM, y el resto 30 dias habiles. USO EN: Hospitalización				
Soic: 34-339/2017 mep./	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

Handwritten signature and date:
 09/03/2017
 8:19 AM

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 esta 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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
03/03/17	<i>Handwritten signature</i>	\$5,000.00	54108	9/3/2017 ADMINISTRACIÓN