



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



**ORDEN DE COMPRA NO. 200**

FECHA: 29 DE MARZO DEL 2017  
 SEÑORES: RONASA, S.A. DE C.V. NIT:  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2278-6464 FAX. 2278-1664  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

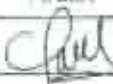

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
30	ACIDO POLIACRILICO 0.2% GEL OFTALMOLOGICO - OFTIGEL (ACIDO POLIACRILICO 0.2%) TUBO 10g. MARCA: OFTISOL, ORIGEN: GUATEMALA ( 1 Cotiz.)	C/U.	\$7.06	\$211.80
90	CLORANFENICOL 1% UNGÜENTO OFTALMICO TUBO CLOFEN UNGÜENTO (CLORANFENIL 1%) TUBO 5g. MARCA: OFTISOL, ORIGEN: GUATEMALA ( 1 Cotiz.)	C/U.	\$2.00	\$180.00
TOTAL .....				\$391.80
ENTREGA: INMEDIATA USO EN: Hospitalización				
Solic. 02-29/2017 map./	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

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

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	
30/3/17		\$391.80	54108.	 ADMINISTRACIÓN

