

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

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

EL SALVADOR

**ORDEN DE COMPRA NO. 269-RP**

FECHA: 26 DE JUNIO DE 2017  
 SEÑORES: **DROGUERIA SANTA LUCIA S.A DE C.V.** NIT: \_\_\_\_\_  
 FACTURAR A NOMBRE DE: **HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2250-6200 Y 2223-8000 FAX: 2223-8033  
 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
20	TETRACAINA AL 0.5% OFTALMICA-- PONTI OFTENOS CAJA POR 1 FRASCO DE 10 ML.  MARCA: SOPHIA      ORIGEN: MEXICO	C/U	\$5.66	\$113.20 ✓
	TOTAL .....			<u>\$113.20</u>
	ENTREGA: 5 DIAS HABILES USO EN: OFTALMOLOGIA			
Cotiz. 1	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
Solic. 520/2017	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
oeli./				

*Proveedor*  
 27/06/17  
 8:57 AM


**NOTA:** Sr. Proveedor, al recibir esta **ORDEN DE COMPRA** se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
- 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
27/6/17	<i>[Firma]</i>	\$ 113.20	54108

28/6/2017  
  
**ADMINISTRACIÓN**



29-6-17  
  
