



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



ORDEN DE COMPRA N° 270

FECHA: 21 DE NOVIEMBRE DE 2017
 SEÑORES: **DROGUERIA SAIMED, S.A DE C.V.** NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2243-8620 Y 2243-8486 FAX:
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm, Y 1:30pm. A 3:00pm.
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,500	AMOXICILINA 250MG/SML, POLVO P/SUSP. ORAL FCO. 100ML C/DOSIF. GRADUADO TIPO JERINGA O PIPETA-- MARCA: SAIMED ORIGEN: INDIA VENCIMIENTO: JULIO 2,020. FAVOR TRAMITAR FACTURA ANTES DEL 5 DE DICIEMBRE TOTAL ENTREGA: 5 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.	C/U	\$1.00	\$1,500.00
				<u>\$1,500.00</u>

N° cotiz. 3
Solic.
37-422/2017
oell/

24/11/2017 2:30pm

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 via electrónica a través del **BANCO DAVIVIENDA.**

Indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
01/12/17	<i>[Signature]</i>	\$1,500 ⁰⁰	54108	 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN