



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



**ORDEN DE COMPRA No.RP-326**

**FECHA:** 07 DE NOVIEMBRE DE 2017  
**SEÑORES:** DROGUERIA PISA DE EL SALVADOR, S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:**2243-8171 EXT: 106 Y 107 **FAX:** 2243-8171  
**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
4,000	AMPICILINA SODICA 1G POLVO PARA DILUCION I.V. FRASCO VIAL - MEPRIZINA SOLUCION INYECTABLE, FRASCO VIAL 1G.  MARCA: PISA <span style="margin-left: 150px;">ORIGEN: MEXICO</span>  VENCIMIENTO: NO MENOR DE 15 MESES.	C/U	\$0.40	\$1,600.00
TOTAL .....				<u>\$1,600.00</u>
ENTREGA: 20 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización				
N°cotiz. 1 Solic. 68-671/2017 oeli./				
NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.				

*Recibido  
07/11/2017  
2:08 pm*

**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
7/11/17	<i>[Signature]</i>	\$1,600. <sup>00</sup>	54108.

8/11/2017  
  
**ADMINISTRACIÓN**