



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

MINISTERIO DE SALUD  
 SUB COMANDO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNIDOS CRECEMOS TODOS

**ORDEN DE COMPRA No.651**

**REPOSICIÓN POE EXTRAVÍO DE LA EMPRESA**

**FECHA:** 10 DE OCTUBRE DE 2018  
**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
1,500	PROPOFOL 10 MG/ML EMULCIÓN INYECTABLE I.V. AMPOLLA 20 ML.  OFRECEN: DIPRIVAN 10 MG/ML CAJA POR 5 AMPOLLAS DE 20ML.  MARCA: ASTRA ZENECA ORIGEN: INGLATERRA VENCIMIENTO: ENERO 2019	C/U	\$3.41	\$5,115.00
	TOTAL .....			<u>\$5,115.00</u>
N°cotiz. 2	ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIR EL PERMISO AUTORIZADO DE LA DNM. USO EN: Hospitalización			
Solic. 38-854-2018	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
oeli./				

*7 de Oct 20 11/10/18 3:30pm*

**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.**

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
21/10/18	<i>[Signature]</i>	\$5,115.00	54108



**ADMINISTRACIÓN**  
 Dr. Héctor Guillermo Lara Torres  
**SUB-DIRECTOR**  
**H.N.N.B.B**