



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR S.A. DE C.V.  
 TELEFONO: 2132-6890, FAX: 2132-6891



## ORDEN DE COMPRA No. 717 FONAT

FECHA: 21 DE AGOSTO DEL 2014

**SEÑORES:** **DROGUERIA SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.** NIT: 0614-280142-0027  
**TELEFONO: 2223-8000, 2250-6200 FAX: 2250-6240**

FACTURAR A NOMBRE DE: **HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**

FORMA DE PAGO: **CREDITO**

DESPACHAR A: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A.M A 11:30 AM Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
40	MÉTIMAZOL, 5 MG. TABLETA RANURADA EMPAQUE PRIMARIO (INDIVIDUAL, TAPAZOL 5 MG. TABLETA CAJA X 20 TABLETAS ( 1 COT.)  MARCA   ALTEA FARMA , ORIGEN: COLOMBIA  TIEMPO DE ENTREGA: 20 CTOS. A 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA, Y EL RESTO A 25 DIAS HABILES DESPUES DE LA PRIMERA ENTREGA.  SOLICITUD: 864/2014, AM: 88/2014 USO: HOSPITALIZACION  NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO, ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO PROPORCIONE NOTA A LA UNIDAD FINANCIERA. AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VÍA ELECTRONICA POR EL BANCO DAVIVIENDA INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.	CTO.	\$49.89	\$1,995.60
<b>SO.</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$1,995.60</b>

21/08/14  
 3:43pm  
 21/08/14

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	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
25/8/14	\$1,995.60	5408		 26/8/14  <b>ADMINISTRACIÓN</b>