



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



ORDEN DE COMPRA No. 132

FECHA: 04 DE MARZO 2015

SEÑORES:

DISTRIBUIDORA RONASA S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2278-6464, FAX: 2278-1664

NIT: 0614-190177-002-5

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

ALMACEN DE MEDICAMENTOS

DESPACHAR A:

HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:


CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
390	CLORANFENICOL+DEXAMETASONA (5+1) MG/ML. SOLUCION OFTALMICA, FRASCO GOTERO 5-10 ML. CLODEX COLIRIO. FRASCO X 7.5 ML. (1 COT.) ENTREGA: 100% 2 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA. MARCA: OPTISOL, LABORATORIOS LAFOFA, ORIGEN: GUATEMALA SOLICITUD: 12/2015, AM : 05/2015 USO: HOSPITALIZACION Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota a LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA Indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 3.31	\$ 1,290.90
SO.			TOTAL...	\$1,290.90

Handwritten notes:
09/03/15
2:40pm

SEÑOR 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	
10/3/15	\$ 1,290.90	54108	<i>[Signature]</i>	 10/3/2015  ADMINISTRACIÓN