



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. RP-41

FECHA: 20 DE MAYO 2015

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

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

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
500	PROPOFOL 10 MG/ML EMULSION INYECTABLE I.V. AMPOLLA DE 20 ML DIPRIVAN 10 MG/ML. (2 COT.) MARCA : ASTRA ZENECA , ORIGEN: INGLATERRA TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS HABILIS DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. Y PERMISO DE LA DIRECCION NACIONAL DE MEDICAMENTOS SOLICITUD: 519/2015, AM: 72/2015 USO: NUTRICION PARENTERAL 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 via electrónica por el Banco DAVIVIENDA Indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 5.75	\$ 2,875.00
SO.		TOTAL...		\$2,875.00

*21/05/15
8:17 AM*

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	
21/5/15	\$2,875.00	54108	<i>Paul</i>	 21/5/2015 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN