



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

MINISTERIO DE SALUD  
EL SALVADOR  
UNÁMONOS PARA CRECER

## ORDEN DE COMPRA RP-45

FECHA: 20 DE MAYO 2015

SEÑORES:

**DROGUERIA UNIVERSAL, S.A DE C.V.**

TEL.: 2535-1000 EXT. 1019,

NIT: 0614-01109-104-0

rescobar@drogueriauniversal.com

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
150	INSULINA HUMANA CRISTALINA ADN RECOMBINANTE 100 UI./ML. SOLUCION INYECTABLE I.V. SC. FCO. VIAL 10 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ, INSULINA HUMANA RECOMBINANTE 100 UI. NOVOLIN R. FCO. VIAL 10 ML. (3 COT.)	C/U	\$ 9.98	\$ 1,497.00
150	INSULINA HUMANA ISOFANA NPH-ADN RECOMBINANTE 100 UI./ML. SUSPENSION INYECTABLE SC. FCO. VIAL 10 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ, INSULINA HUMANA ISOFANA NPH RECOMBINANTE 100 UI. NOVOLIN N (4 COT.)	C/U	\$ 8.65	\$ 1,297.50
<b>SO.</b>	<p>ENTREGA: 1) 30- DIAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA DEBIDAMENTE LEGALIZADA, 2) INMEDIATA DE 1-5 DIAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA LEGALIZADA</p> <p>MARCA: NOVO NORDISK. ORIGEN: DINAMARCA</p> <p>SOLICITUD: 529/2015. AM 7/8/2015</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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 electronica 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.</p>			
			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,794.50</b>

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
28/5/15	\$2,794.50	54108	
			  25/5/2015 ADMINISTRACIÓN