



**ORDEN DE COMPRA No: 421 R-1**

FECHA: 22 DE JULIO DEL 2013

**DROGUERIA SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**

**SEÑORES: TELEFONO: 2223-8000, 2250-6200, NIT: 0614-280142-0027**  
**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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
450	OXICODONA 10 MG. COMPRIMIDOS, OXYCONTIN 10 MG. COMPRIMIDOS CAJAX30 COMPRIMIDOS ( 2 COT.), TIEMPO DE ENTREGA: 2 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR EL PÉRMISO AUTORIZADO POR LA DNM.  MARCA: ASOFARMA. SE REQUIERE PERMISO DE LA DIRECCION NACIONAL DE MEDICAMENTOS.  SOLICITUD: 779/ 2013, AM: 1002013 USO: CLINICA DEL DOLOR  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 BANEQ DAVIVIENDA INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.	C/U	\$1.96	\$882.00 ✓
<b>SO.</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$882.00</b>

*Handwritten notes:*  
 22/07/13  
 12-1244

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
29/07/2013	₡. 882.-	54108	<i>Alfonso</i> CP 3064

*Handwritten:* 12/8/013  
  
**ADMINISTRACIÓN**