



**ORDEN DE COMPRA No. 541 REPROG. 2**

FECHA: 21 DE AGOSTO 2013

SEÑORES:

**DROGUERIA PISA DE EL SALVADOR , S.A DE C.V.**  
**TEL.: 2243-3900 , FAX: 2243-2008**

NIT: 0614-270398-105-5

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CRÉDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

¿IRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

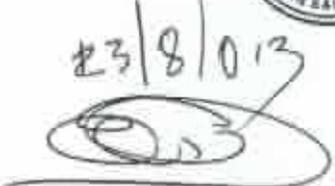
CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	<p>CEFOTAXIMA (SÓDICA) 1 G. POLVO PARA DILUCION I.M. I.V. FCO. VIAL, FOTEXINA 1G. POLVO PARA DILUCION I-M, I.V FCO. VIAL 1 G. ( 2 COT.)</p> <p>MARCA: LABORATORIOS PISA, ORIGEN: MEXICO</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.</p> <p>SOLICITUD: /2013, 106 AM:/2013</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, entregar en unidad financiera, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.</p>	C/U	\$2.00	\$800.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$800.00</b>

*Handwritten notes:*  
 21/08/13  
 1:30pm

NOTA: 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	
23/08/13	\$ 500.-	54108	<i>[Signature]</i> ep3457. 11:30am	 23/8/013  <b>ADMINISTRACIÓN</b>