

## ORDEN DE COMPRA No. 537

FECHA: 21 DE JULIO DE 2016

SEÑORES:

**ACTIVA S.A. DE C.V.**

**TELÉFONO: 2251-5757, FAX: 2277-4285**

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

HORARIO DE ATENCIÓN EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M. Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
70	NITROFURAZONA 0.2% UNGÜENTO TARRO 400 G., PHARMEFURAZONA 0.2% POMADA TARRO 400 G. ( ± CDT.)  MARCA: PHARMEDIC, ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: ENTREGA INMEDIATA A MAS TARDAR 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 718/2016, A/M: 74/2016 USO: HOSPITALIZACIÓN  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 DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 54.70	\$ 3,829.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$3,829.00</b>

NOTA: 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	
25/7/16	\$3,829.00	54108	<i>Paul</i>	10/8/2016 ADMINISTRACIÓN

