



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



## ORDEN DE COMPRA No. 556

FECHA: 19 DE AGOSTO 2016

SEÑORES: **DROGUERIA FARMAVIDA, S.A DE C.V.** NIT:  
**TELÉFONO: 2526-1600**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 AM Y DE 1:30 A 3:PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE   | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL    |
|----------|---|------|-----------------|-----------------|
| 10       | SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE (GLÓBULINA EQUINAS, ANTIVIPMYN CAJA CON UN FCO. (1 COT.)<br><br>MARCA: BIOCLON S.A. DE C.V., ORIGEN: MEXICO<br><br>TIEMPO DE ENTREGA: 8- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA Y PERMISO DEL DNM<br><br>SOLICITUD: 371/2016 AM: 33/2016<br><br>USO: HOSPITALIZACIÓN<br><br>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, 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. | FCO. | \$72.00         | \$ 720.00       |
| SO.      |   |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$720.00</b> |

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. 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 |   |
|---------|-----------|------------|-------|---|
| 22/8/16 | \$ 720.00 | 54108      |       | <br>22/8/2016<br>9:24am<br>ADMINISTRACIÓN |