



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



## ORDEN DE COMPRA RP-112

FECHA: 08 DE SEPTIEMBRE 2015

SEÑORES:

**DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V.**  
 TELEFONO: 2526-1600 farmavida@integra.com.sv

NIT: 0614-200195-102-6

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
5	METOTREXATE 2.5 MG. TABLETA EMPAQUE PRIMARIO, TRIXILEM 2.5MG. TABLETAS, CAJA X 50 TABLETAS ( 1 COT.)  MARCA : BIÓCLON, S.A DE C.V. LEMERY, ORIGEN: MEXICO/MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR SU ORDEN  SOLICITUD: 10/2015, AM: 03/2015 USO: HOSPITALIZACION  <small>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 DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small>	CTO.	\$25.00	\$125.00
<b>SO.</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$125.00</b>

10 p.p.m.  
09/09/15  
100% 37p.m

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	
10/9/15	\$ 125.00	54108	<i>[Signature]</i>	 <div style="text-align: right; font-size: large; font-weight: bold;">10/9/2015</div> <div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: large;">ADMINISTRACIÓN</div>