



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



ORDEN DE COMPRA RP-178

FECHA: 15 DE OCTUBRE DE 2015

SEÑORES: **DROGUERIA FARMAVIDA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-200195-102-6**
TELEFONO: 2526-1600

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION 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
10	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE (GLUBULINAS EQUINAS) POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION , ANTIVIPMYN CAJA CON UN FRASCO AMPULA CON LIOFILIZADO SIN DILUYENTE (1 CCT.) TIEMPO DE ENTREGA: 8- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: BIOCLON S.A. DE C.V. ORIGEN: MEXICO SOLICITUD: 976/2015, A/M: 138/2015 USO: HOSPITALIZACION 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 CAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA LEI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 65.00	\$ 650.00
SO.			TOTAL...	\$650.00

Carla 15/10/15 1:41pm

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	
19/10/15	\$650.00	54108		 ADMINISTRACION

19/10/2015