



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



ORDEN DE COMPRA RP-264

FECHA: 18 DE NOVIEMBRE 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

SÍRVASE 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
7	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE (GLUBULINAS EQUINAS) POLVO LIGFILIZADO PARA SOLUCION , ANTIVIPMYN CAJA CON UN FRASCO AMPULA CON LIGFILIZADO SIN DILUYENTE (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 8- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: BIOCLON S.A. DE C.V. ORIGEN: MEXICO SOLICITUD: 1087/2015, A/M: 157/2015 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 DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 80.50	\$ 563.50
SO.			TOTAL...	<u>\$563.50</u>

b. p. p. 24/11/15 4:11 PM

NOTA: Si 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	
23/11/15	\$ 563.50	54108		 24/11/2015 ADMINISTRACIÓN