

ORDEN DE COMPRA No. 627

FECHA: 07 DE NOVIEMBRE 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:

ALMACÉN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE



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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
230	SULFADIAZINA DE PLATA, SILVERDIAZINÉ 3% CREMA (2 COT.) MARCA: PHARMEDIC . ORIGEN: EL SALVADOR, VTD.: NO MENOR A 24 MESES TIEMPO DE ENTREGA: ENTREGA A MAS TARDAR 10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 836/2016, A/M: 86/2016 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	\$ 30.00	\$ 6,900.00
SO.			TOTAL...	\$6,900.00

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	
09/11/16	\$ 6,900.00	54108		 ADMINISTRACIÓN