



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

MINISTERIO DE SALUD  
 REPUBLICA DE EL SALVADOR  
 UNÁMONOS PARA CRECER

## ORDEN DE COMPRA RP-159

FECHA: 30 DE NOVIEMBRE 2016

SEÑORES: **DROGUERIA FARMAVIDA, S.A DE C.V.** NIT:  
**TELEFONO: 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    |
|------------|---|------|-----------------|-----------------|
| 2          | PERRO CONCENTRACION 1:10 FRASCO VIAL ( 1 COT.)  | C/U  | \$45.53         | \$ 91.06        |
| 2          | GATO CONCENTRACION 1:10 FRASCO 10 ML. ( 1 COT.)<br><br>MARCA: ALERQUIM ORIGEN: MEXICO<br><br>TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.<br><br>SÓLICITUD: 504/2016 AM 50/2016<br><br>USO: ALERGIAS<br><br>Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto. | C/U  | \$45.53         | \$ 91.06        |
| <b>SO.</b> |   |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$182.12</b> |

*30/11/16 3:28 PM*

NOTA. SEÑOR 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 |
|-------|-------|------------|-------|
|-------|-------|------------|-------|

1. 11. 2016 \$182.12 54113 *[Signature]*

1/12/2016 *[Signature]*