



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR,, EL SALVADOR, C. A.**  
**TEL. 225-3451, FAX 225-4099**

**URGENTE**

**ORDEN DE COMPRA**

**Nº RP 689**

FECHA: 14 DE DICIEMBRE/2011

SEÑORES: DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V. NIT. 0614-200195-102-6 TEL. 25261600 FX. 2243 83 44

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
24 CIENTOS	WARFARINA SODICA 5 MG. TABLETA RANURADA EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FRASCO PROTEGIDO DE LA LUZ. CHOICE 5 MG TABLETA. CAJA CON 30 TABLETAS, EN BLISTER X 10) PAIS. FAB. URUGUAY. LAB. FAB. QUIMICA ARISTON. VENCIMIENTO. 18 MESES. ENTREGA. 8 DIAS. S/C 147 USO. SERVICIOS DE HOSPITALIZACION. SR.PROVEEDOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE QUE ENTREGUE EL PRODUCTO.	c/u	\$40.00	<u>\$960.00</u>
ROCH 2-C-				

*Handwritten signature and date: 14/12/2011*

Nota, Sr. 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

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54108	\$960.00	14/12/11	<i>Handwritten signature</i>



*Handwritten date: 14/12/011*

*Handwritten signature*

**ADMINISTRACION**