



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891



**ORDEN DE COMPRA N° 272**

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DE 2017  
 SEÑORES: ACTIVA, S.A DE C.V. NIT:  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2251-5757 FAX: 22774285  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
12	DIGOXINA 0.25MG, TABLETA RANURADA, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. PHARMEGOXIN 0.25 TABLETAS.  MARCA: PHARMEDIC ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTO: NO MENOR A 24 MESES  FAVOR TRAMITAR FACTURA ANTES DEL 5 DE DICIEMBRE	CTO	\$10.00	\$120.00
	TOTAL .....			<u>\$120.00</u>
N°cotiz. 1	ENTREGA: INMEDIATA A MÁS TARDAR 5 DIAS HÁBILES			
Solic. 50-495/2017	USO EN: Hospitalización			
oel.:	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*Handwritten signature and date: 24/11/17 2:36 pm*

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**  
 Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
01/12/17	<i>[Signature]</i>	\$120.00	54108	<p><i>29/11/17</i></p> <p><b>ADMINISTRACIÓN</b></p> 