



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 Solic. 50-495/2017 oell.	ENTREGA: INMEDIATA A MÁS TARDAR 5 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización 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	 ADMINISTRACIÓN