



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



ORDEN DE COMPRA N° 273

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.
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--|---|------|-----------------|-----------------|
| 90 | PROPANOLOL CLORHIDRATO 10MG TABLETA, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ. PROPAI 10 TABLETAS MARCA: PHARMEDIC ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTO: NO MENOR A 24 MESES FAVOR TRAMITAR FACTURA ANTES DEL 5 DE DICIEMBRE | CTO | \$9.00 | \$810.00 |
| | TOTAL | | | <u>\$810.00</u> |
| | ENTREGA: INMEDIATA (A MAS TARDAR 5 DIAS HABILES) USO EN: Hospitalización | | | |
| N°cotiz. 1 Solic. 43-448/2017 oelli | NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | | |

Handwritten signature and date: 24/11/17 2:37pm

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> | \$ 810.00 | 54108 |
| | | | |

Handwritten date: 29/11/17
Handwritten signature

ADMINISTRACION