



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



ORDEN DE COMPRA N° 276

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DE 2017
 SEÑORES: LABORATORIOS VIJOSA, S.A DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2251-9797 FAX: 2278-3121
 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
200	AMINOFILINA 25 MG/ML, SOLUC. INYECTABLE AMP. 10 ML, PROTEGIDO DE LA LUZ - AMINOFILINA 25 MG/ML AMP. 10 ML, MARCA: VIJOSA ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTO: 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA. FAVOR TRAMITAR FACTURA ANTES DEL 5 DE DICIEMBRE TOTAL	C/U	50.28	556.00
	ENTREGA: 3 A 5 DIA HABILES USO EN: Hospitalización			<u>556.00</u>

N°cotiz. 2
 Solici: 61-594/2017
 oeli/

NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.

24/11/2017 2:42pm

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>	\$ 56.00	54108

[Signature]
 ADMINISTRACIÓN