



## ORDEN DE COMPRA RPI-469

FECHA: 04 DICIEMBRE 2014

SEÑORES: **DROGUERIA FARMAVIDA S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2526-1600, FAX: 2243-8344, NIT: 0614-200195-102-6**  
**E-MAIL: farmavida@integra.com.sv**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO:

DESPACHAR A: ALMACÉN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 Y DE 1:30 A 3:PM

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) 500 MG: POLVO PARA DILUCION IM O IV. FCO. VIAL-ESTABILIDAD 72 HORAS DESPUES DE RECONSTITUIDO (-1 COT.)  MARCA: LEMERY ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA SU ORDEN DE COMPRA.  USO: HOSPITALIZACION  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota. EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el BANCO DAVIVIENDA Indicando el nombre y número de la cuenta.	FCO	\$8.50	\$ 850.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$850.00</b>

Nota: Si: 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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
04/12/14	\$850.00	54108		
				 <b>ADMINISTRACIÓN</b>