



**ORDEN DE COMPRA No. 91**

FECHA: 17 DE FEBRERO DE 2015

SEÑORES: **ACTIVA S.A. DE C.V.** NIT: 0614-190774-002-0  
**TELEFONO: 2251-5757, FAX: 2277-4285**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M, Y DE 1:30 A 3:00 PM



CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
90	NITROFUZAZONA 0.2% UNGÜENTO TARRO 400 G. PROT. DE LA LUZ, PHARMEFUZAZONA POMADA ( 1 COT.)  MARCA: PHARMEDIC/LABORATORIOS PHARMEDIC. ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 50 TARNOS ENTREGA INMEDIATA A MAS TARDAR ( 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA) EL RESTO INMEDIATA A MAS TARDAR 10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 12/2015, A/M: 05/2015 USO: HOSPITALIZACION  Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota a LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco GAVI VIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 54.70	\$ 4,923.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$4,923.00</b>

*18/02/15  
10:57pm*

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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
\$ 19/2/15	\$4,923.00	54108	<i>[Handwritten Signature]</i>	 <i>19/2/2015</i>  ADMINISTRACIÓN