



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR S.A. DE C.V.  
 TELEFONO: 2132-6890, FAX: 2132-6891



## ORDEN DE COMPRA No. 527

FECHA: 07 DE JULIO 2015

**SEÑORES:** **FARLAB, S.A. DE C.V.** **TELEFONO:** **NIT: 0614-290995-104-7**  
**2235-2851, 2235-3851, 2225-2307,**  
**FAX: 2225-6509**

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	PENICILINA G. (SODICA) 5 MILLONES U.I POLVO PARA DILUCION (V. FCO. VIAL ( 3 COT.) MARCA : PHARM INTER , ORIGEN: CHINA.  TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN  SOLICITUD: 649/2015, AM: 95/2015 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 A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA	G/U	\$0.40	\$160.00 ✓
<b>SO.</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$160.00</b>

2 pces  
 08/07/104  
 11940604

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	
9/7/15	\$160.00	54108	<i>[Signature]</i>	 9/7/2015  <b>ADMINISTRACIÓN</b>