



ORDEN DE COMPRA No. 23

FECHA: 20 DE ENERO 2016

SEÑORES: **LABORATORIOS TERAMED** NIT: 0614-110581-004-7
TELEFONO: 2248-5155, FAX: 2248-5156

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

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

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
75	<p>ACETAMINOFEN 500 MG. TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL PROTEGIDO DE LA LUZ, ACETAMINOFEN TM 500 MG. TABLETA EN BLISTER PROT. DE LA LUZ (3 COT.)</p> <p>MARCA: TM , ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 100% , 5-DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA</p> <p>SOLICITUD: 001//2016, AM: 01/2016</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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 (AVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>	CTD.	\$ 2.00	\$ 150.00
SO.			TOTAL...	\$150.00

SEÑOR 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	
27/01/16	\$150.00	54108		 28/1/2016 ADMINISTRACIÓN