



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



ORDEN DE COMPRA No.37

FECHA: 21 DE ENERO 2016

FARLAB , S.A DE C.V.

TEL.:

SEÑORES:

**2235-2851, 2235-3851, 2225-2307,
FAX: 2225-6509**

NIT: 0614-290995-104-7

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,200	CEFTRIAXONA SODICA 1 GRAMO POLVO PARA SOLUCION INY. I.V. FCO. VIAL (4 COT.)	CU	\$ 0.45	\$ 1,440.00
400	PENICILINA SODICA 5 MILLONES, POLVO PARA SOLUCION INY. I.V. FCO. VIAL (2 COT.)	CU	\$ 0.38	\$ 152.00
2,650	AMPICILINA SODICA POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE I.M I.V. FCO. VIAL DE 1 GRAMO (3 COT.)	CU	\$ 0.30	\$ 795.00
<p>ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA</p> <p>MARCA: PHARM INTER ORIGEN: CHINA</p> <p>SOLICITUD: 90/2016 AM : 06/2016</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 vía 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.</p>				
SO.			TOTAL...	\$2,387.00

Handwritten notes:
27/01/16
3:52:43pm

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	
27/1/16	\$2,387.00	54008		 28/1/2016 ADMINISTRACION