



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



## ORDEN DE COMPRA No. 395

FECHA: 23 DE JUNIO 2015

FALMAR, S.A DE C.V.

SEÑORES:

TELEFONO: 2270-0222 , FAX: 2270-1501

NIT: 0614-310387-004-0

falmar@falmar.biz

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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      |
|------------|---|------|-----------------|-------------------|
| 14         | METADONA 10 MG, TABLETA,, METADONA HCL 10 MG, ( 1 COT.)<br><br>MARCA: MALLINCKRODT ORIGEN: USA<br><br>TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA<br><br>SOLICITUD: 649/2015, AM: 95/2015<br><br>USO: HOSPITALIZACION<br><br><i>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.</i> | CAJA | \$ 93.00        | \$ 1,302.00       |
| <b>SO.</b> |   |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$1,302.00</b> |

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 |                        |
|---------|------------|------------|-------|------------------------|
| 24/6/15 | \$1,302.00 | 54108      |       | <br><br>ADMINISTRACIÓN |