



ORDEN DE COMPRA No. 734 TM
 REPOSICION POR CAMBIO DE MARCA Y ORIGEN

FECHA: 10 DE OCTUBRE DE 2013

SEÑORES:

**FARLAB S.A. DE C.V. TELEFONO 2235-2851,
 2235-3851, 2225-2307 FAX: 2225-6509**

NIT: 0614-290995-104-7

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2,900	AMPICILINA SODICA POLVO PARA SOLUCION INYECTBLE IM. IV, FRASCO VIAL DE 1 GRAMO (4 COT.) MARCA: PHARM INTER ORIGEN: CHINA TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 934/2013, A/M, 128/2013 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 indiccando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 0.30	\$ 870.00
SO.			TOTAL...	\$870.00

*2013
17/10/13
3:46 pm*

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
18/10/13	\$ 870.00	54108	<i>cl.</i> 4247

18/10/2013
[Signature]

ADMINISTRACIÓN