



ORDEN DE COMPRA RP-121

FECHA: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2015

SEÑORES: **CORPORACION CEFA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-270400-106-2**
TELEFONO: 2259-1100, FAX: 2259-1106

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
96	FOSFOMICINA DISODICA DE 1 GRAMO FRASCO VIAL FOSFOCIL 1-GR. (V. (1 COT.) MARCA: LABORATORIO SENOSIAIN ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA LEGALIZADA SOLICITUD: 940/2015, A/M: 129/2015 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.	C/U	\$ 6.70	\$ 643.20
SO.			TOTAL...	\$643.20

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	
14/9/15	\$643.20	54108		 ADMINISTRACIÓN