



## ORDEN DE COMPRA RP-150

FECHA: 02 DE OCTUBRE DE 2015

SEÑORES:

**CORPORACION CEFA S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2259-1100, FAX: 2259-1106**

**NIT: 0614-270400-106-2**

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
132	FOSFOMICINA DISODICA DE 1 GRAMO FRASCO VIAL FÓFOCIL 1 GR. , FOSFDCL 1 GR. I.V. ( 1 COT.)  MARCA: LAB. SENOSIANIN ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 3- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA LEGALIZADA  SOLICITUD: 1004/2015, A/M: 142/2015 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 indicndo 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	\$ 884.40
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$884.40</b>

NOTA: Si 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 esta 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	
05/10/15	\$884.40	54109		 6/10/2015  <b>ADMINISTRACIÓN</b>