

ORDEN DE COMPRA RP-162

FECHA: 05 DE OCTUBRE DE 2015

SEÑORES:

GUARDADO S.A. DE C.V.
TELEFONO 2500-0400, FAX: 2500-0453

NIT: 0614-280892-110-4

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE 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
115	<p>CEFADROXILO (MONOHIDRATO) 250/5ML. POLVO PARA SUSPENSION ORAL, FCO. 50 ML. CON DOSIFICADOR GRADUADO TIPO COPITA. FADROXIDEL SUSP. 250 MG. FCO. X 100 ML. (1 COT.)</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA. PRODUCTO CONTROLADO SE REQUIERE PERMISO DE LA DNM</p> <p>MARCA: FARDEL, ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>SOLICITUD: 960/2015, A/M: 133/2015 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 el Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 2.99	\$ 343.85
SO.			TOTAL...	\$343.85

NOTA: 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
8/10/15	\$343.85	54108	  9/10/2015  ADMINISTRACIÓN