

## ORDEN DE COMPRA RP-181

FECHA: 16 DE OCTUBRE 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
8	FOSFOMICINA DISODICA DE 1 GRAM FRASCO VIAL FOFOCIL 1 GR., FOSFOCIL 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: 1029/2015, A/M: 146/2015 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 vía 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	\$ 53.60
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$53.60</b>

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	
19/10/15	\$53.60	54108		  ADMINISTRACIÓN