



ORDEN DE COMPRA RP-294

FECHA: 30 DE NOVIEMBRE DE 2015

SEÑORES:

LABORATORIOS TERAMED
TELEFONO: 2248-5155, FAX: 2248-5156

NIT: 0614-110581-004-7

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
75	ACETAMINOFEN TM. 500 GR. TABLETA EN BLISTER PROTEGIDO DE LA LUZ (2 COT.) MARCA: TM, ORIGEN: EL SALVADOR, 100% 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA USO: HOSPITALIZACION, S/C: 1.119/2015, AM: 165/2015 Nota: Favor tramitar queidan 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 JUNTÓ A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	CTO.	\$ 2.00	\$ 150.00
SO.			TOTAL...	\$150.00

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	
30/11/15	\$150.00	54108		 30/11/2015 ADMINISTRACIÓN