



ORDEN DE COMPRA No. 46

FECHA: 25 DE ENERO DE 2016

SEÑORES:

DROGUERIA SAIMED, S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2243-8620, 2243-8486

NIT: 0614-071105-102-1

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


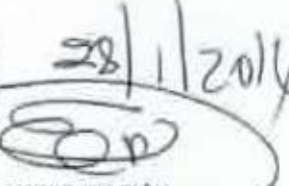
HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M. Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
350	METILPREDNISOLONA (SUSCINATO SODICO) 0.5G. DIL. IM-IV. FCO. VIAL (1 COT.) MARCA: SAIMED , ORIGEN: INDIA TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS SOLICITUD: 90/2016, A/M: 06/2016 USO: HOSPITALIZACION Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunicó que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcionen 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	\$ 7.00	\$ 2,450.00
SO.			TOTAL...	\$2,450.00

NOTA: Sr. Proveedor, si 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	
27/01/16	\$2,450.00	54108	<i>Paul</i>	 28/1/2016  ADMINISTRACIÓN