



ORDEN DE COMPRA No. 237

FECHA: 29 DE FEBRERO 2016

SEÑORES: **LABORATORIOS TERAMED** NIT: 0614-110581-004-7
TELEFONO: 2248-5155, FAX: 2248-5156

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 Y DE 1:30 A 3:PM


SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
60	FUROSEMIDA 40 MG. TABLETA ORAL, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, FUROSETEC 40 MG. TABLETA RANURADA BLISTER PROTEGIDO DE LA LUZ (2 CDT.) MARCA TM , ORIGEN: COLOMBIA TIEMPO DE ENTREGA: 100% , 5-DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 291//2016, A/M: 22/2016 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 indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	CTO.	\$ 1.25	\$ 75.00
SO.			TOTAL...	\$75.00

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	
01/03/16	\$75.00	54108	<i>Chel</i>	 1/3/2016  ADMINISTRACIÓN