

ORDEN DE COMPRA RP-23

FECHA: 17 DE MARZO 2016

SEÑORES:

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

NIT: 0614-110581-004-7

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

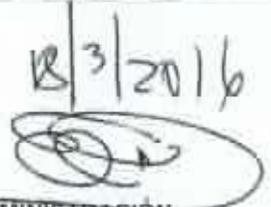
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,500	ACETAMINOFEN (120-160)MG. 5 ML. SOLUCION ORAL, NOR CETIN 120 MG/5 ML. JARABE EN FRASCO PROT. DE LA LUZ (1 COT.) MARCA: TERAMED , ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 500 FRASCOS , 8-DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA, EL RESTO 20 DIAS HABLES DESPUES SOLICITUD: 344/2016, A/M: 26/2016 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 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	\$ 0.74	\$ 1,110.00
SO.			TOTAL...	\$1,110.00

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	
18/3/16	\$1,110.00	54108		  ADMINISTRACION