



ORDEN DE COMPRA No. 629

FECHA: 07 DE NOVIEMBRE DE 2016

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

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
30	FUROSEMIDA 40 MG. TABLETA RANURADA EMPAQUE PRIMARIO (4 COT.) MARCA: SAIMED , ORIGEN: INDIA TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS SOLICITUD: B36/2016, A/M: 86/2016 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.	C/U	\$ 1.00	\$ 30.00
SO.			TOTAL...	\$30.00

*RECIBIDA
 09/11/2016
 07:11 PM*

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	
10/11/16	\$30.00	54108	<i>[Firma]</i>	<p>10/11/2016</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>ADMINISTRACIÓN</p> 