



**ORDEN DE COMPRA No. 10**

FECHA: 22 DE ENERO DE 2015

**SEÑORES: DROGUERIA SAIMED S.A. DE C.V.** NIT: 0614-071105-102-1  
**TELEFONOS: 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
180	FUROSEMIDA 40 MG. TABLETA EMP. PRIMARIO INDIVIDUAL, ( 3 COT.) MARCA: SAIMED ORIGEN: INDIA  TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS  SOLICITUD: 10/2015, A/M: 03//2015 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	\$ 180.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$180.00</b>

*Handwritten notes:*  
 22/01/2015  
 118,2484

NOTA: Si 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	
22/1/15	\$180.00	54108	<i>[Signature]</i>	 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN