



ORDEN DE COMPRA No.43

FECHA: 28 DE ENERO 2015

SEÑORES: **LABORATORIOS TERAMED, S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-110581-004-7**
TELEFONO:2248-5155, FAX: 2248-5156,
gomartinez@grupotecnoquimicas.com

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: DE 7:30 A.M A 11:30 A.M. 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
275	CARBAMAZEPINA 200 MG. TABLETA RANURADA, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, NOR TEGROLL 200 MG. TABLETA RANURADA EN BLISTER PROTEGIDO DE LA LUZ, CAJA X 500; BLISTER DE 10 TABLETAS (1 COT.) MARCA: TERAMED, ORIGEN: EL SALVADOR USO EN: HOSPITALIZACION SOLICITUD DE COMPRA : 119/2015. S/M : 13/2015 ENTREGA: 100% DE 3 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. 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 DAVIVENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	CTO.	\$ 3.20	\$ 880.00
SO.			TOTAL.....	\$880.00

Handwritten notes:
 29/01/2015
 2:37pm

NOTA: SEÑOR PROVEEDOR AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA, SE REQUIERE EL ESTRICTO 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
30/1/15	\$ 880.00	54108	
			 30/1/2015 ADMINISTRACIÓN