



ORDEN DE COMPRA No.183

FECHA: 13 DE MARZO DE 2015

SEÑORES: **CORPORACION CEFA S.A. DE C.V.** NIT: 0614-270400-106-2
TELEFONO: 2259-1100, FAX: 2259-1100

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
50	FOSFAMICINA 1000 MG, FCO. VIAL, FOSFOCIL 1G, IV., (1 COT.) MARCA: LABORATORIO SENOSIAIN, ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 370/2015, A/M: 41/2015 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.	FCO.	\$ 6.70	\$ 335.00
SO.			TOTAL...	\$335.00

Handwritten notes:
 12/4/2015
 17/03/015

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
18/03/2015	\$ 335.-	54108	<i>[Handwritten Signature]</i>



18/3/2015
[Handwritten Signature]
 ADMINISTRACIÓN