



ORDEN DE COMPRA No. 206

FECHA: 20 DE MARZO DE 2015

SEÑORES: **DROGUERIA COMERCIAL SALVADOREÑA, S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-100784-001-0**
TELEFONO: 2212-7262, FAX: 2243-1620

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN DE 7:30 AM. A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM



CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
19	COMPLEJO DE FACTOR IX HUMANO (CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTOMBINICO INACTIVADO) (500-500) UI. SOLUCION INY. IV. OCTOPLEX 500 UI. FRASCO VIAL (1 COT.) MARCA: OCTOPHARMA, ORIGEN: AUSTRIA TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. USO: HOSPITALIZACION, S/C: 11/2015, AM: 04/2015 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 ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 238.59	\$ 4,533.21
SO.			TOTAL...	\$4,533.21

23/03/15
 9:50 AM
 [Handwritten signature]

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	
23/3/15	\$4,533.21	54108	[Handwritten signature]	 24/3/2015  ADMINISTRACIÓN