



**ORDEN DE COMPRA No.263**

FECHA: 21 DE ABRIL DE 2015

**SEÑORES:** **CORPORACION CEFA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-270400-106-2**  
**TELEFONO: 2259-1100, FAX: 2259-1106**

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



CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	<p>FOSFAMICINA 1000 MG. FCO. VIAL, FOSFOCIL 1G. IV., (1 COT.)</p> <p>MARCA: LABORATORIO SENOSIAIN, ORIGEN: MEXICO</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.</p> <p>SOLICITUD: 459/2015, A/M: 53/2015</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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.</p>	FCO.	\$ 6.70	\$ 670.00
<b>VPBH</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$670.00</b>

*21/4/15  
11:36:07*

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	
21/4/15	\$ 670.00	54108	<i>[Signature]</i>	 <i>21/4/2015</i>  ADMINISTRACIÓN