



ORDEN DE COMPRA RP-26

FECHA: 08 DE MAYO 2015

SEÑORES:

CORPORACION CEFA, S.A DE C.V.
TEL.: 2259-1114, FAX: 2259-1106

NIT: 0614-270400-106-2

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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 Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
350	<p>TOPIRAMATO 25 MG. TABLETA RECUBIERTA , TOPAMAX 25 MG. X 20 TABLETAS, MARCA: JANSSEN CILAG , ORIGEN: PUERTO RICO, ENTREGA: INMEDIATO (1 COT.)</p> <p>TIEMPO D ENTREGA: 164 CTOS. 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA LEGALIZADA, EL RESTO A 30 DIAS HABILES DESPUES DE LA PRIMERA ENTREGA.</p> <p>SOLICITUD: 475/2015, AM: 58/2015</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 indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>	CTOS.	\$ 40.00	\$ 14,000.00
SO.			TOTAL...	\$14,000.00

NOTA: 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
18/5/15	\$14,000.00 ⁰⁰	54108	



ADMINISTRACIÓN
 DR. DIRECTOR GENERAL DR. JORGE TORRES
 SUBDIRECTOR, H. N. B. B.
 J.V.P.M No. 1876