



### ORDEN DE COMPRA RP-31

(REPOSICION POR PRESENTACION Y CANTIDAD A ENTREGAR)

FECHA: 08 DE MAYO DE 2015

**DROGUERIA NUEVA SAN CARLOS S.A. DE C.V.**

SEÑORES:

TELEFONO: 2212-7262, FAX: 2243-1620,  
 libregestion@grupocarosa.com

NIT: 0614-300880-003-0

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 ATENCIÓN 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
1,980	CLONAZEPAN 2MG. TABLETA ORAL FCO. POR 30 PRÓT. DE LA LUZ. RIVOTRIL 2MG. FRASCO X 30 TABLETAS ( 1 COT.)	CAJ	\$ 0.30	\$ 594.00
	<p>TIEMPO DE ENTREGA: 3- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR EL PERMISO AUTORIZADO.</p> <p>PRODUCTO CONTROLADO REQUIERE PERMISO DE TRANSFERENCIA AUTORIZADO POR LA DNM</p> <p>MARCA: ROCHE ORIGEN: SUIZA</p> <p>SOLICITUD: 422/2015, A/M: 49/2015</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>Nota. Favor tramitar quedar 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 LFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>			
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$594.00</b>

*Handwritten notes:*  
 18/05/15  
 9:22 AM

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	
18/5/15	\$ 594.00	54108	<i>Paul</i>	 18/5/2015  <b>ADMINISTRACIÓN</b>