



ORDEN DE COMPRA No. 607 FONAT
 REPOSICION POR DISMINUCION EN CANTIDAD A ENTREGAR

FECHA: 07 DE JULIO DE 2014

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:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|------------|---|------|-----------------|-----------------|
| 320 | CEFAZOLINA SODICA 1 GR. POLVO PARA DILUCION I.V. (2 COT.) MARCA: FARMALOGICA ORIGEN: COLOMBIA TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 550/2014, A/M: 58//2014 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. | C/U | \$ 0.85 | \$ 272.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$272.00 |

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 | |
|----------|----------|------------|-------|------------------------|
| 25/07/14 | \$272.00 | 54108 | | ADMINISTRACIÓN |