

# ORDEN DE COMPRA

Nº 499

FECHA: 29 DE JUNIO DE 2016

SEÑORES: EMILIO ERNESTO ALVEÑO LOPEZ NIT:

TEL: 2264-6837

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE REACTIVOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD         | DETALLE  | U.M            | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|------------------|--|----------------|-----------------|--------------|
| 3 BOLSAS<br>250U | TESTIGO PARA FORMALINA<br>(Indicador Químico para proceso de Esterilización para Formalina). 1 COTIZ.<br><br>ENTREGA: 30 días hábiles.<br><br>USO: CENTRAL DE ESTERILIZACION Y ARSENAL | Bolsas<br>250U | \$575.00        | \$1,725.00   |
| Mjrdh            | S/C: 562   |                |                 |              |

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.D.E.C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.


4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

El INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y

Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR      | FECHA   | FIRMA   |  |
|------------|------------|---------|---|--|
| 54113      | \$1,725.00 | 04/7/16 |  |  |
|            |            |         |   |  |
|            |            |         |   |  |
|            |            |         |   |  |
|            |            |         |   |  |
|            |            |         |   |  |

5/7/2016



ADMINISTRACION

