

## ORDEN DE COMPRA No. 497

FECHA: 24 DE JUNIO DE 2016

SEÑORES:

**DROGUERIA PISA S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2243-3900, FAX: 2243-2008**

NIT:

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:

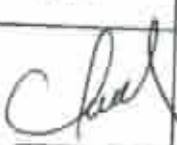

HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A.M A 11:30 AM, Y DE 1:30 A 3:00 P.M

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
90	<p>TIROSINA, CISTEINA, LISINA) SIN ELECTROLITOS (6-10)% SLN USO PARENTERAL. FCO. 1 BOLSA 500 ML. LEVAMIN PAD, SOLUCION INY. 10% 500 ML. ( 2 CDT.)</p> <p>MARCA: PISA, ORIGEN: MEXICO</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA</p> <p>SOLICITUD: 555/2016 A/M: 58/2016</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>	C/U	\$ 22.80	\$ 2,034.00
SO.			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,034.00</b>

NOTA: SEÑOR 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	
27/6/16	\$2,034.00	54108		29/6/2016  ADMINISTRACIÓN

