

ORDEN DE COMPRA RP-55

FECHA: 14 DE ABRIL 2016

SEÑORES:

LABORATORIOS LOPEZ S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2251-5923, EXT. 6009

NIT:

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

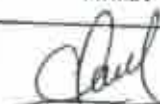


HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: DE 7:30 A.M A 12:00 Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
70	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL 1.5% SOLUCION BOLSA 2000 ML. (DIANEAL CON DEXTROSA AL 1.5% 2 LITROS (1 COT.)	C/U	\$ 5.00	\$ 350.00
150	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL CON 4.25% SOLUCION BOLSA 5000 ML. (1 COT.)	C/U	\$ 6.80	\$ 1,020.00
TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA USO: NEFROLOGIA MARCA: BAXTER ORIGEN: MEXICO SOLICITUD: 313, 404/2016, AM: 25,37/2016 Nota: Favor tramitar quedari inmediatamente despues 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.				
SO.			TOTAL.....	\$1,370.00

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	
14/4/16	\$1,370	54108		  ADMINISTRACIÓN