



### ORDEN DE COMPRA RP-93

FECHA: 26 DE AGOSTO DE 2015

**SEÑORES:** **LABORATORIOS LOPEZ S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2251-5944, 2251-5923, 2251-5959,** **NIT: 0614-280878-003-7**  
**FAX: 2251-5935**

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 11:30 A.M. Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
125	ISOFLURANO SOLUCION PARA INHALACION FRASCO 100 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA CON CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO A LA DNM  MARCA: FARMIONNI, ORIGEN: COLOMBIA SOLICITUD: 119/2015, A/M: 13/2015 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 vía 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.	C/U	\$ 40.00	\$ 5.000.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$5.000.00</b>

*Handwritten note:* 31/08/2015 2:39pm

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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	
01/09/15	\$5.000.00	54108	<i>[Handwritten Signature]</i>	 01/09/2015 ADMINISTRACION