



## ORDEN DE COMPRA RP-128

FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2015

**SEÑORES:** **DROGUERIA AMERICANA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-1309850035**  
**TELEFONO: 2243-5245, 2243-2044, FAX: 2243-5245**

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: 7:30 A 11:30 A.M, Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
20	INMUNOGLOBULINA ANTITETANICA HUMANA 250 UI: SOL. INY. FCO. VIAL O JERINGA PRECARGADA, TETANOGAMMA P SOLUCION 1 ML./250 ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 100% 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  MARCA: CSL BEHRING GMBH, ORIGEN: ALEMANIA  SOLICITUD: 11/2015, A/M: 04/2015 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	\$ 22.53	\$ 450.60
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$450.60</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	
22/9/15	\$450.60	54108		 24/9/2015  ADMINISTRACIÓN