



ORDEN DE COMPRA RP-203

FECHA: 21 DE OCTUBRE DE 2015

SEÑORES:

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

NIT: 0614-270398-105-5

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 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
20,000	AGUA ESTERIL PARA INYECCION AMPOLLA 10 ML. AMPOLLA PLASTICA 10 ML. (4 COT.)	C/U	\$ 0.10	\$ 2,000.00 ✓
200	ACICLOVIR (SODICO) 250 MG. POLVO PARA DILUICION, FCO. VIAL (1 COT.) MARCA: PISA. ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES, DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 1,024, 1,025/2015, A/M: 144, 145/2015 USO: HOSPITALIZACION Nota. Favor tramitar quedan 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.	C/U	\$ 5.00	\$ 1,000.00 ✓
SO.			TOTAL...	\$3,000.00 ✓

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	
23/10/15	\$3,000.00	54108		 26/10/2015 ADMINISTRACIÓN