



ORDEN DE COMPRA RP-303

FECHA: 09 DE DICIEMBRE DE 2015

SEÑORES: **DROGUERIA PISA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-270398-105-5**
TELEFONO: 2243-3900, FAX: 2243-2008

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS


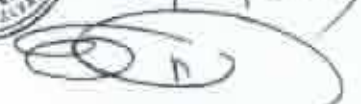
SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A.M A 11:30 AM, Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	ACICLOVIR (SODICO) 250 MG. POLVO PARA DILUCION I.V. FCO. VIAL (3 COT.)	C/U	\$ 5.00	\$ 2,000.00
132	SOLUCION HT INYECTABLE I.V. FCO. PLASTICO FLEXIBLE 1000 ML. (3 COT.) MARCA: PISA, ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILÉS, DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 1,136, 1,137/2015, A/M: 168, 169/2015 USO: HOSPITALIZACION <small>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.</small>	C/U	\$ 0.96	\$ 126.72
SO.			TOTAL...	\$2,126.72

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	
10/12/15	\$2,126.72	54108	<i>Chell</i>	 10/12/2015  ADMINISTRACIÓN