



**ORDEN DE COMPRA RP-310**

FECHA: 10 DE DICIEMBRE DE 2015

SEÑORES: **GENOMALAB, S.A. DE C.V.** NIT: 0501-280508-101-1  
**TELEFONO: 2526-1600**

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
32	<p>DESMOPRESIN ACETATO 10 MCG/DOSIS AEROSOL NASAL, DESMOPRESIN ACETATO; 10 MCG/DOSIS: AEROSOL, DESMO C (DESMOPRESINA ACETATO) SPRAY NASAL FCD. 5 ML. DE SOLUCION, CON BOMBA DOSIFICADORA DE 100 MCL ( 1 COT.)</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 8- DIAS HABILES DESPUES DE HABER RECIBIDO SU ORDEN DE COMPRA</p> <p>MARCA: LIBRA ORIGEN: URUGUAY</p> <p>SOLICITUD: 1,119/2015, A/M: 165/2015            UJSO: HOSPITALIZACION</p> <p>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.</p>	C/U	\$ 75.00	\$ 2,400.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,400.00</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
12/12/15	\$2,400.00	54108	
			 11/12/015  <b>ADMINISTRACIÓN</b>