

ORDEN DE COMPRA

Nº 9

FECHA: 18 de Enero del 2016

SEÑORES: **DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.**

Tel: 22085612 Fax: 2208-5610

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2,400	Brazalete para identificación Pediátrico 50% color rosado y 50% color azul marca: Sin marca Origen: China (4 cotz.)	c/u.	\$ 0.07	\$ 168.00
2,600	Venda de gasa 4" X 10 Yards , empaque individual, rollo tejido que no deshila Marca: Sunlight origen: China (2 cotz.)	c/u.	\$ 0.43	\$ 1,118.00
	Total.....			\$ 1,286.00
AR. 4 cotiz.	NIT: 0614-300794-103-7 Vencimiento: No menor de 2 años Tiempo de entrega: 1-5 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-1			

20/01/2016 9:11 AM

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**

4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54107	\$ 168.00	20/01/16.	
54113	\$ 1,118.00		



20/1/2016



ADMINISTRACION