

ORDEN DE COMPRA No.120

FECHA: 05 DE FEBRERO 2016

SEÑORES: **DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS, S.A. DE C.V. TELÉFONO: 2225-2925, FAX: 2226-3060** **NIT: 0614-300491-101-3**

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

FORMA DE PAGO: **CREDITO**

DESPACHAR A: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: **HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3.00 PM**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
240	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI B FCO. TRANSP. (3 COT.)	C/U	\$ 3.90	\$ 936.00 ✓
240	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI A FCO. TRANSP. DE 10 ML. (3 COT.)	C/U	\$ 3.90	\$ 936.00 ✓
60	SUERO CONTROL RH MONOCLONAL 10 ML. FCO. TRANSPARENTE (2 COT.)	C/U	\$ 7.00	\$ 420.00 ✓
ENTREGA: DEPENDIENDO DE AUTORIZACION DE LA DNM				
MARCA: LORNE, ORIGEN: INGLATERRA				
SOLICITUD: 113/2016, AM: 09/2016				
USO: BANCO DE SANGRE				
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.				
SO.				TOTAL... \$2,292.00

2/02/16
16/02/16
5:15 PM

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	
17/02/16	\$2,292.00	54-113		  ADMINISTRACIÓN