



## ORDEN DE COMPRA RP-15

FECHA: 11 DE MARZO 2016

**SEÑORES:** **SUPLIDORES DIVERSOS S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-240498-103-0**  
**TELEFONO: 2235-5700 FAX: 2280-0337**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 Y DE 1:30 A 3:PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
200	CLORHEXIDINA 4% EN ESPUMA FRASCO DE 1000 ML. SOLUCION ACUOSA DE CLORHEXIDINA AL 4% CON DISPENSADOR, SOSTENEDOR DE PARED Y BOMBA DE PIE, FRASCO DE 887 ML. (5 COT.)  MARCA: CAREFUSION . ORIGEN: USA/MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD 92/2016, A/M: 08/2016  <b>USO: HOSPITALIZACION</b>  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.	CU	\$ 24.00	\$ 4,800.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$4,800.00</b>

2  
 11/03/2016  
 2:52 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	
14/3/16	\$4,800. <sup>00</sup>	54107		 14/3/2016  <b>ADMINISTRACIÓN</b>