

## ORDEN DE COMPRA No. 496

FECHA: 24 DE JUNIO DE 2016

**SEÑORES:** **DROGUERIA PISA S.A. DE C.V.** **NIT:**  
**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



SÍRVASE 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
120	METRÓNIDAZOL 5 MG/ML., OTROZOL 5 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE I.V. FCO. FLEVOVAL 100 ML. ( 2 CDT.)  MARCA: PISA, ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 555/2016 A/M: 58/2016 USO: HOSPITALIZACION  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.	C/U	\$ 1,00	\$ 120,00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$120.00</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	
27/6/16	\$ 120.00	54108		29/6/2016 

ADMINISTRACIÓN