

ORDEN DE COMPRA

Nº RP 70

FECHA: 03 DE MAYO DE 2016

SEÑORES: JOSE EDGARDO HERNANDEZ PINEDA NIT.

TEL. 2270 48 24

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

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS 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
7,150 BRAS	DETERGENTE EN POLVO COLOR BLANCO SIN OLOR SOLUBLE ESPUMOSO CON PODER DESINFECTANTE TIPO RINSO BOLSA DE 5 LIBRAS MARCA: MEGADETERGENTE, VENCIMIENTO 18 MESES.	C/U	\$ 0.48	\$3,432.00
	PRIMERA ENTREGA 1,070      16 AL 20 DE MAYO/2016 SEGUNDA ENTREGA 2,500      18 AL 22 DE JULIO TERCERA ENTREGA 3,580      29 AL 31 DE AGOSTO			
ROCH 5-C-	S/C 117 USO. SERVICIOS DEL HOSPITAL			

*7/05/16*  
*04/05/2016*  
*5:27 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	\$3,482. <sup>00</sup>	05/05/16	<i>[Firma]</i>

5/5/2016



*[Firma]*

ADMINISTRACION