

ORDEN DE COMPRA RP-89

FECHA: 07 DE JULIO 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
75	OLIGOELEMENTOS, TRACEFUSIN INY. FCG. VIAL 20 ML. (1 COT.) MARCA: PISA, ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES, DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 423/2016 A/M: 43/2016 USO: HOSPITALIZACION <small>Nota. Favor tramitar quedar 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.</small>	C/U	\$ 5.00	\$ 375.00
SO.			TOTAL...	\$375.00

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	
11/07/16	\$375.00	54108		<p>11/7/2016</p>  ADMINISTRACIÓN