



**ORDEN DE COMPRA**

**No. 45**

FECHA: 24 de Enero del 2011  
 SEÑORES: **MARIA GUILLERMINA AGUILAR JOVEL - PURIFASA** NIT: 1006-120654-001-4  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2272-1051 FAX. 2272-3492  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS  
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10,000	BOLSA PLASTICA COLOR NEGRO, MEDIDA 24 X 32 EMPAQUE DE 10 UNIDADES. ( 3 cotiz.)	c/u.	\$0.05	\$500.00 ✓
30	BOLSA PLASTICA TRANSPARENTE, MEDIDA 12 X 18 (3 cotiz.)	millar	\$18.48	\$554.40 ✓
	<b>TOTAL .....</b>			<b>\$1,054.40 (</b>
PROGRAMA DE ENTREGA: Inmediata				
Solic. De Compra No. 63/2011				
NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO				

*Handwritten signature and date: 16/02/2011, 213 PPA-1*

NOTA: Sr. 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 numero de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	Vo. Bo. CONTABILIDAD	OBSERVACIONES
17/02/11	1,054.40	<i>[Signature]</i>	54107



*Handwritten date: 17/2/011*  
*Handwritten signature*  
**ADMINISTRACIÓN**