



**ORDEN DE COMPRA NO. 155 RP**

FECHA: 27 de Marzo del 2012

SEÑORES: **GRUPO PAIL, S.A. DE C.V.**

NIT: 0614-151200-105-4

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

TEL. 2281-0222

FAX. 2281-1240

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
600	HIOSCINA PL COLUCION INYECTABLE, 20MG/ML, AMPOLLA X 1ML, VTO. 04/2013, COMPROMISO DE CAMBIO .2 cotiz.	c/u	\$0.78	\$468.00
TOTAL .....				\$468.00
PROGRAMA DE ENTREGA: Item 1 = 1 a 5 dias hábiles USO EN: Clinica del Dolor Solic. De Compra No. 376/2012				
NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE PAGO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.				

mep.

*Handwritten signature and date: 27/03/12*

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 número de la Orden de compra

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



FECHA	VALOR	Vo. Bq. CONTABILIDAD	OBSERVACIONES
27/3/12	\$468.00	<i>Handwritten signature</i>	54108.

*Handwritten signature and date: 27/3/12*  
 ADMINISTRACIÓN