



ORDEN DE COMPRA RP-683

FECHA: 29 DE NOVIEMBRE DE 2012

SEÑORES: **DNA PHARMACEUTICALS S.A DE C.V.** NIT: 0614-080598-102-2
TELEFONO: 2526-1600

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

RVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
35	DIGOXINA 0.25 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE, DIGOXIL 0.50 MG. X 2 ML. AMPOLLA (1 COT.) MARCA: CELSIUS, ORIGEN: URUGUAY 5/C: 1114/12, No. 175/12, AM. USO: HOSPITALIZACION TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. NOTA: PARA AGILIZAR EL PROCESO DE PAGO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE (UPI) NOTA: AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA, ADEMAS TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO	C/U	\$7,10	\$248.50 ✓
SO.			TOTAL.....	\$248.50

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS**.
- 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	
30/11/12	\$248.50	54108		 30/11/2012 ADMINISTRACIÓN