

## ORDEN DE COMPRA No. RP- 267

FECHA: 20 DE JUNIO DEL 2017

**SEÑORES:** **JOSE JAIME RAMIREZ LOPEZ** **NIT:**   
**bioprotectproduct@yahoo.com**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **SERVICIO DE EMERGENCIA TORRE** **HORARIO**  
 DE ATENCION : 7:30 A.M A 11.30 a.m y de 1:30 a 3:00 PM



SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	APLICACIÓN DE BIO-PROTECT AM 500 RECEPCION,OFICINAS,CUARTO DE MEDICOS, ESTACION DE ENFERMERAS, CONSULTORIOS,AIRES ACONDICIONADOS EQUIPO DE OFICINAS, BAÑOS. USO EN: EMERGENCIA S/C : 597/17 EMERGENCIA	C/U	\$ 600,03	\$ 600,03
1 cotiz.	<b>ENTREGA: 7 DIAS</b>			
<b>RM.</b>	Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente despues de entregado el producto.		<b>TOTAL.....</b>	<b>\$ 600,03</b>

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	
20/06/17	\$ 600.03	54307		<p>20/06/2017</p> <p></p> <p>ADMINISTRACIÓN</p> 