

## ORDEN DE COMPRA No. RP- 317 (REPOSICION A SOLICITUD DE PROVEEDOR)

FECHA: 30 DE OCTUBRE 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: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES  
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 AMONIO. CUATERNARIO EN UCIN. BIO-PROTECT AM 500 (Incluye Recepción, oficinas, cuarto de médicos, estación de enfermeras, áreas de incubadoras, esclusas, aires acondicionados, equipos de oficina, baños) | C/U  | \$ 600,00         | \$ 600,00        |
| 1 cotiz.   | USO EN: UCIN<br>S/C : 811/17UCIN<br><b>ENTREGA: 7 DIAS</b><br>Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto.  |      |                   |                  |
| <b>RM.</b> |   |      | <b>TOTAL.....</b> | <b>\$ 600,00</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   |  |
|----------|----------|------------|---|--|
| 08/11/17 | \$600.00 | 54307      |  | 9/11/2017<br><br>ADMINISTRACIÓN |

