



ORDEN DE COMPRA No.778

FECHA: 08 DE SEPTIEMBRE DE 2014

SEÑORES: **LABORATORIOS PISA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-270398-105-5**
TELEFONO: 2243-3900, FAX: 2243-2008

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
7	NOREPINEFRINA (BITARTRATO) 1 MG/ML SOL. INY. I.M. AMPOLLA O FCO. VIAL 4 ML. PROT. DE LA LUZ, PRIDAM 4 MG/4 ML SOL. INY. AMP. 4 ML. (3 COT.)	C/U	\$ 2.50	\$ 17.50 ✓
100	AMINOFILINA 25 MG./ML SOL. INY. AMP. 10 ML PROT. DE LA LUZ, AMOFILIN 250 MG/10 ML SOL. INY. AMPOLLA 10 ML. (3 COT.) MARCA: PISA ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 3- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 864/2014, A/M: 88//2014 USO: HOSPITALIZACION Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 0.40	\$ 40.00 ✓
SO.			TOTAL...	\$57.50 ✓

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	
11/09/14	\$57.50	50108		 11/9/14 ADMINISTRACIÓN