



**ORDEN DE COMPRA No. RPI-192**

FECHA: 11 DE NOVIEMBRE 2014

SEÑORES:

**CENTRUM S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2211-3401, FAX: 2260-2698**

NIT: 0614-200999-103-5

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

Horario de Recepción en Almacén de 7:30 am a 1:30 am y de 1:30 pm a 3 pm

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
16	GLUTARALDEHIDO AL 2% , GARRAFA 3.75 LITROS Y 4 LITROS, SOLUCION DESINFECTANTE Y ESTERELIZANTE DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO, MEDICO Y DENTAL A BASE DE GLUTARALDEHIDO AL 2% CON SAL ACTIVADORA, GALON DE 4 LITROS ( 3 CDT )  TIEMPO DE ENTREGA: DE 2 A 8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  MARCA: DERMODEX, ORIGEN: MEXICO  SOLICITUD: 865/2014, AM: 89/2014 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 via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 8.25	\$ 132.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$132.00</b>

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	ESPECIFICO	FIRMA	
14/12/2014	\$ 132.-	54107		 11/11/2014  ADMINISTRACIÓN