



ORDEN DE COMPRA No. 974

FECHA: 12 DE NOVIEMBRE 2014
 SEÑORES: MOISES RIVAS ZAMORA NIT: 0614-160577-109-7
 FACTURAR A: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 NOMBRE DE:
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2536-0409 FAX: 2536-0400
 DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS HORARIO DE 7:30AM A 11:30AM 1:30PM A 3:00PM
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----------|---|------|-----------------|--------------|
| 44 | PLUMONES PERMANENTES COLOR ROJO PUNTO GRUESO MARCA: BIC 6 COT. | C/U | \$ 0,55 | \$ 24,20 ✓ |
| 162 | PLUMONES PERMANENTES COLOR AZUL PUNTO GRUESO MARCA: BIC 5 COT. | C/U | \$ 0,55 | \$ 89,10 ✓ |
| RM/ROCH | ENTREGA: DE INMEDIATA SOLIC. N° 995/14 USO: VARIOS SERVICIOS SR. PROVEEDOR FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE ENTREGUE TRABAJO | | | |
| | | | TOTAL..... | \$ 113,30 ✓ |

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 EN LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA
 Sr. Proveedor para agilizar el pago será necesario nos proporcione nota autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de cuenta.

| COMPRMISO PRESUPUESTARIO | ESPECIFICO | VALOR | FECHA Y FIRMA | |
|--------------------------|------------|----------|---------------------|--|
| | 54114 | \$113.30 | 24/Nov/2014 IRIS |  24/11/2014  ADMINISTRACIÓN |
| | | | | |