



ORDEN DE COMPRA No. 1017

FECHA: 11 DE DICIEMBRE 2014
 SEÑORES: NOE ALBERTO GUILLEN NIT: 0904-041256-0016
 FACTURAR A: MH-MINSAL - EVALUACION CLINICA DE DENGUE E INVESTIGACION DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA
 NOMBRE DE: ENFERMEDAD GRAVE: ESTUDIO MULTICENTRICO EN 6 PAISES
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2209-0732 FAX. 2209-0707
 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
10	PAPEL BOND T/CARTA 8-20 98% BLANCURA, MARCA: XEROX, BRASIL	RESMA	\$ 3,79	\$ 37,90
200	FOLDER MANILA TAMAÑO CARTA, MARCA: ARIMANY, V/PAISES	C/U	\$ 0,04	\$ 8,00
20	PAPEL ADHESIVO TAMAÑO CARTA 8 1/2 X 11, MARCA: STUDMARK, V/PAISES	C/U	\$ 0,20	\$ 4,00
4	FASTENER METALICO, 50 UNIDADES, MARCA: OFI PLUS, V/PAISES	C/U	\$ 1,10	\$ 4,40
ENTREGA: 2 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA				
COTZ. 1	SOLIC. N° 08/2014			
RM/ROCH	USO: CLINICA DE DENGUE			
SR. PROVEEDOR FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE ENTREGUE TRABAJO				
			TOTAL.....	\$ 54,30

*12/12/14
11:53:24*

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 via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de cuenta.

COMPROMISO PRESUPUESTARIO	ESPECIFICO	VALOR	FECHA Y FIRMA
	54105	\$ 49.90	<i>[Signature]</i> 12/12/14
	54114	\$ 4.40	



[Signature]

ADMINISTRACIÓN