



**ORDEN DE COMPRA RPI-333**  
 (RESPOSICION POR ERROR EN RAZON SOCIAL)

FECHA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2014

SEÑORES:

**DROGUERIA PISA S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2243-3900, FAX: 2243-2008**

NIT: 0614-270398-105-5

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

HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: DE 7:30 A.M A 12:00 M. Y DE 1:30 A 3:00 P.M

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
200	AMINOFILINA 25 MG/ML. SOL. INY. AMPOLLA 10 ML. PROT. DE LA LUZ, AMINOFILIN 250 MG/ML. SOL. INY. AMPOLLA 10 ML. ( 3.COT.)  MARCA: PISA ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS HABILES DES'PUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.  <b>SOLICITUD: 1,121/2014, A/M: 104//2014</b> <b>USO: HOSPITALIZACION</b>  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	\$ 0.40	\$ 80.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$ 80.00</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	
26/11/14	\$ 80.00	54108		  ADMINISTRACIÓN