



## ORDEN DE COMPRA RPI-370

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DE 2014

SEÑORES: **DROGUERIA 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: HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN DE 7:30 A M A 1:30 PM Y DE 1:30 PM A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
150	METRONIDAZOL 5 MG/ML SOL. INY. I.V. FCO. VIAL O BOLSA 100 ML., OTROZOL 5 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE I.V. FCO. FLEXOVAL 100 ML. ( 2 COT.)  MARCA: PISA ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DES PUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.  <b>SOLICITUD: 1,047/2014, A/M: 97//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	\$ 1.10	\$ 165.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$ 165.00</b>

*Handwritten notes:*  
 28/11/14  
 5:30pm

NOTA: SEÑOR PROVEEDOR AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA, SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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	\$ 165.00	5408		  26/11/2014 ADMINISTRACIÓN