



ORDEN DE COMPRA No. 81

FECHA: 12 DE FEBRERO DE 2015

*Enviar
x Fax*

SEÑORES:

GENOMMA LAB S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2243-3900, FAX: 2243-2008

NIT: 0501-280508-101-1

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: 7:30 A.M A 11:30 AM, Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
25	DESMPRESIN ACETATO 10 MCG /DOSIS AEROSOL NASAL, DESMD C (DESMPRESINA ACETATO SPRAY NASAL FCO. DE 5 ML. DE SOL. CON BOMBA DOSIFICADORA DE 100 MCL. FCO. DE 5 ML. 1 COT.) MARCA: PABLO CASSARÁ ORIGEN: ARGENTINA TIEMPO DE ENTREGA: 10- DIAS HABLES DESPUES DEHABER RECIBIDO SU ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 11/2015, AM: 04/2015 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. PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 75.00	\$ 1,875.00
SO.			TOTAL...	\$1,875.00

*16/2/15
11:30 AM*

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	
16/2/14	\$1,875.00	54108		
				16/2/2015 ADMINISTRACION