



ORDEN DE COMPRA No. 88

FECHA: 17 DE FEBRERO DE 2015

SEÑORES: **DISTRIBUIDORA RONASA S.A. DE C.V.** NIT: 0614-190177-002-5
TELEFONO 2278-6464, FAX: 2278-1864

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

RVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M, Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
170	METRONIDAZOLE (BENZOIL) , METRONIDAZOL SUSP. 250 MG/5 ML. X 120 ML. FCÓ. X 120 ML. (1 COT.) MARCA: GENFAR ORIGEN: COLOMBIA TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 10/2015, A/M: 03/2015 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 vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta: PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 2.54	\$ 431.80
SO.			TOTAL...	\$431.80

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 DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
25/2/15	\$ 431.80	54108	<i>[Signature]</i>	 25/2/2015  ADMINISTRACIÓN