



ORDEN DE COMPRA No. 201

FECHA: 19 DE MARZO DE 2015

SEÑORES:

DIAGNOSAL, S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2566-1124, FAX: 2566-9482

NIT: 0614-291012-106-6

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	D.S. TAXO A (BACITRACINA 0.04 UG.) 1 COT.	C/U	\$ 3.50	\$ 7.00
1	D.S. TAXO X VIAL X 50 (1 COT.)	C/U	\$ 7.00	\$ 7.00
1	D.S. TAXO V (1 COT.)	C/U	\$ 7.00	\$ 7.00
2	D.S. CEFTAXIDIME 30 UG. (1 COT.)	C/U	\$ 3.50	\$ 7.00
1	D.S. TAXO XV VIAL X 50 (1 COT.)	C/U	\$ 7.00	\$ 7.00
2	D.S. CEFOTAXIME 30 UG. (1 COT.)	C/U	\$ 3.50	\$ 7.00
2	D.S. TAXO P, (OPTOCHIN 5 UG.) (1 COT.)	C/U	\$ 3.50	\$ 7.00
MARCA: BIONALYSE, ORIGEN: TURKIA TIEMPO DE ENTREGA: 5 A 45 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. USO: HOSPITALIZACION, S/C: 286,288,290/2015, AM: 12,14,16/2015 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 DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.				
SO.			TOTAL...	\$49.00

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
26/3/15	\$ 49.00	50108	



26/3/2015

ADMINISTRACIÓN