



## ORDEN DE COMPRA No. 244

(Reposicion por modificacion a precio unitario item 8)

FECHA: 08 DE ABRIL 2015

SEÑORES:

**DNA PHARMACEUTICALS, S.A DE C.V.**  
**TELEFONO: 2526-1600**

**NIT: 0614-080598-102-2**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 AM Y DE 1:30 A 3:PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	
4	POLVO CASERO FCO. 50 ML. DILUCION ( 1 COT.)	FCO.	\$ 16.86	\$ 67.44	
20	DERMATOPHAGOIDES FARINAE CONCENTRACION FCO. VIAL 10 ML. ( 1 COT.)	FCO.	\$ 593.85	\$ 11,877.00	
4	DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS FCO. VIAL 10 ML. ( 1 COT.)	FCO.	\$ 593.85	\$ 2,375.40	
18	AMBROSIA ELAETOR (ZUZON-FEQUEÑO CONCENTRACION 1:10 ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 1,175.76	
15	CHENOPODIUM ALBUM (QUELITE, CENIZO) FCO. VIAL 10 ML. ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 979.80	
5	PLANTAGO DILUCION, PLANTAGO MAJOR ELICERINADOS ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 391.92	
8	TIMOTHY FCO. 10 ML. DILUCION 1:10 (ZACATE TIMOTHY) 1 COT.	FCO.	\$ 65.32	\$ 522.56	
4	EUCALIPTUS SPP (EUCALIPTO) CONCENTRACION 1:10 FCO. VIAL ( 1COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 261.28	
4	ZEÁ MAYS FCO. DE 10 ML. (MAIZ) FCO. VIAL 10 ML. ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 261.28	
10	ASPERGILLUS SP DILUCION 1:10 ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 653.20	
10	ALTERNARIA FCO. DE 10 ML. CONCENTRACION 1:10 ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 653.20	
10	HORMODENDRUM CLADOSPORIODES DILUC. 1:10 FCO. VIAL ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 653.20	
10	PENICILLUM DILUCION 1:10-PENICILLUM NOTATUM FCO. 10 ML. ( 1 COT.)	FCO.	\$ 65.32	\$ 653.20	
4	HORMIGA DILUCION, CONCENTRACION 1:10 FCO. VIAL 10 ML. ( 1 COT.)	FCO.	\$ 87.54	\$ 350.56	
MARCA: ALERQUIM, ORIGEN: MEXICO <b>TIEMPO DE ENTREGA: 45 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.</b> SOLICITUD: 282/2015 AM : 29/2015 <b>USO: ALERGIAS</b> Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente despues 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 Indizando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UPI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.					
<b>SO.</b>				<b>TOTAL...</b>	<b>\$20,875.80</b>

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	
11/06/15	\$20,875.80	54108		  <b>Héctor Guillermo Lara Torres</b> SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B. ADMINISTRACION No. 1876