

ORDEN DE COMPRA No. 371

FECHA: 23 DE JUNIO 2015

SEÑORES:

GRUPO PAILL, S.A DE C.V.
TEL.: 2281-0222, FAX: 2281-1240

NIT: 0614-151200-105-4

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

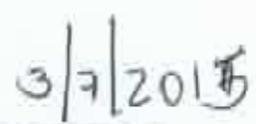
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
640	CLORFENIRAMINA MALEATO 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE I.M. IV. AMPOLLA 1 ML. PROT. DE LA LUZ. CLORFERINAMINA PL SOLUCION INYECTABLE 10 MG, AMPOLLA AMBAR X1 ML. (2 COT.) ENTREGA: 1-3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 0.42	\$ 268.80
4,500	POTASIO CLORURO 2 MEQ/ML. SOLUCION INY. I.V. AMPOLLA DE 10 ML. CLORURO DE POTASIO 20 MEQ PL. SOL. INY. AMP. 10 ML. (1 COT.) ENTREGA: 1-6 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 0.28	\$ 1,260.00
SO.	SOLICITUD: 296, 573,649/2015, AM : 32,87,95/2015 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 DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA		TOTAL...	\$1,528.80

Nota: SEÑOR PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. 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	
03/07/2015.	# 1528.80	54108		  ADMINISTRACIÓN