



ORDEN DE COMPRA No. 381

FECHA: 23 DE JUNIO DE 2015

SEÑORES:

DROGUERIA PISA S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2243-3900, FAX: 2243-2008

NIT: 0614-270398-105-5

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
300	AMINOFILINA 25 MG/ML SOL. INY. AMPOLLA 10 ML. PROT. DE LA LUZ, AMINOFILIN 250 MG/10 ML. SOL. INY. AMPOLLA 10 ML. (3 COT.)	C/U	\$ 0.40	\$ 120.00
100	METRONIDAZOLE 5 MG/ML. SOL. INY. IV. FCO. VIAL O BOLSA 100 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.80	\$ 80.00
TIEMPO DE ENTREGA: 3 Y 5 DIAS HABLES, DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. MARCA: PISA ORIGEN: MEXICO SOLICITUD: 475, 573/2015, AM: 58, 87/2015 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 FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.				
SO.			TOTAL...	\$210.00

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	
24/6/15	\$210.00	54108		 24/6/2015 ADMINISTRACIÓN