



ORDEN DE COMPRA RP-30

FECHA: 08 DE MAYO 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
80	CIPROFLOXACINA (LACTATO) 2 MG/ML. SOL. INY. I.V. FCO. VIAL O INFUSOR 100 ML. PROT. DE LA LUZ (2 COT.) MARCA: PISA ORIGEN: MEXICO TIEMPO DE ENTREGA: 3- DIAS HABILES DES PUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 10/2015, AM: 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 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.	C/U	\$ 2.40	\$ 192.00
SO.			TOTAL...	\$192.00

Handwritten notes:
 12/05/10/15
 98 37700

NOTA: 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	
13/5/15	\$192.00	54108	<i>[Signature]</i>	 13/5/2015 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACION