



**ORDEN DE COMPRA RP-38**

FECHA: 20 DE MAYO DE 2015

**SEÑORES:** **DNA PHARMACEUTICALS S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-080598-102-2**  
**TELEFONO: 2526-1600**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS


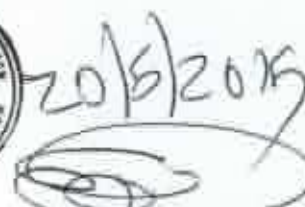
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCIÓN EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M. Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
20	NITROPRUSIATO DE SODIO 25 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE VIAL 2 ML. PROT. DE LA LUZ ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 8- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  MARCA: GENISA, ORIGEN USA  SOLICITUD: 527/2015, A/M: 76/2015 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	\$ 45.00	\$ 900.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$900.00</b>

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	
20/5/15	\$ 900.00	34108	<i>[Handwritten Signature]</i>	 20/5/2015  <b>ADMINISTRACIÓN</b>