



ORDEN DE COMPRA RP-449

FECHA: 29 DE OCTUBRE 2013

SEÑORES: **DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V.** NIT: 0614-200195-102-6
TELEFONO: 2526-1600

FORMA DE PAGO: CREDITO

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

DESPACHAR: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	TCBS AGAR FRASCO DE 500 GRAMOS (1 CDT.) USO EN: LABORATORIO CLINICO MARCA: HIMEDIA, ORIGEN: INDIA TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA SU ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD DE COMPRA No. 727/2013 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 proporcione A LA UNIDAD FINANCIERA nota autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$58.00	\$58.00
SO.			TOTAL...	\$58.00

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	OBSERVACIONES
01/11/13	\$ 58.00	54113	Cl.

11/11/2013

 ADMINISTRACIÓN