

ORDEN DE COMPRA RP-554

(REPOSICION POR DISMUNUCION DE PRODUCTO A ENTREGAR A SOLICITUD DEL PROVEEDOR)

FECHA: 22 DE NOVIEMBRE DE 2013

SEÑORES: **C. IMBERTON S.A. DE C.V.** NIT: 0614-081261-014-5
TELEFONO 2241-6282, FAX: 2241-6294

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
150	ALBUMINA HUMANA (20-25) %, SOLUCION INYECTABLE, I.V. FRASCO VIAL 50 ML., SERALBUMIN 20% 50 ML. VIAL (± COY.) MARCA: TELECRIS BIOTHERAPEUTICS, INC./GRIFOLS THERAPEUTICS, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS TIEMPO DE ENTREGA: 2 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA LEGALIZADA SOLICITUD 525/2013, A/M, 66/2013 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.	C/U	\$ 38.75	\$ 5,812.50
SO.			TOTAL...	\$5,812.50

*27/11/13
26/11/13
1:52pm*

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	
27/11/13	\$5,812.50	54108		 