

ORDEN DE COMPRA No. 534

FECHA: 27 DE JUNIO DEL 2014

SEÑORES:

PROMED , S.A. DE C.V.

TELEFONO: 2200-9700, FAX: 22009701

NIT: 0614-240206-107-4

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

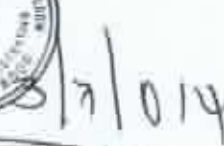
HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	TARJETA O CASSETTE DE GEL O TECNOLOGIA SIMILAR PARA FENOTIPO RH (Cece) Y KELL UNIDAD, 30105905 (1 COT.) MARCA: BECTON DICKINSON ORIGEN: ESTADOS UNIDOS USO EN: LABORATORIO CLINICO SOLICITUD DE COMPRA: 687 / 2014, AR: 98/2014 ENTREGA: INMEDIATA 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 en la unidad financiera, nota autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 10.65	\$ 4,260.00
SO.			TOTAL.....	\$4,260.00

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	
27/6/2014	\$ 4,260.00 - 54113			  ADMINISTRACIÓN