

## ORDEN DE COMPRA No. 395

FECHA: 18 DE MAYO DE 2016

**RASEGO S.A. DE C.V.**

SEÑORES:

**TELEFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463,**  
**rasego88@hotmail.com**

NIT:

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,200	<p>DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. INY. IV. BOLSA 250ML (1 COT.)</p> <p>MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILES DESPUES DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA.</p> <p>SOLICITUD: 555/2016, A/M: 58/2016</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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 vía 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.</p>	C/U	\$ 0.75	\$ 2,400.00
RM			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,400.00</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
19/5/16	\$2,400.00	54108	

ADMINISTRACIÓN

