

ORDEN DE COMPRA No. 495

FECHA: 24 DE JUNIO DE 2016

RASEGO S.A. DE C.V.

SEÑORES:

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

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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
175	<p>CEFADROXILO 250 MG/5ML. POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL (2 COT.)</p> <p>MARCA: SAIMED, ORIGEN: INDIA</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA.</p> <p>SOLICITUD: 555/2016, A/M: 58/2016</p> <p>USO: HOSPITALIZACIÓN</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 DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 4.00	\$ 700.00
SO.			TOTAL...	\$700.00

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	ESPECÍFICO	FIRMA	
27/6/16	\$700.00	54108		<p>29/6/2016</p> <p></p> <p>ADMINISTRACIÓN</p>