



**ORDEN DE COMPRA No. 490**

FECHA: 01 DE JULIO DE 2015

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

**SEÑORES:** **TELEFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463,** **NIT: 0614-051188-103-B**  
**rasego88@hotmail.com**

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
275	CARBAMACEPINA 200 MG. ( 1 COT.)  MARCA: SAIMED  TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILES DESPUES DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 649/2015, A/M: 95/2015 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 indiccndo el nombre y número de la cuenta, PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	CTO.	\$ 7.45	\$ 2,048.75
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,048.75</b>

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir este 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	
02/07/15	\$2,048.75	54108		  2/7/2015 ADMINISTRACIÓN