

## ORDEN DE COMPRA RP-83

FECHA: 26 DE AGOSTO DE 2015

SEÑORES:

**RASEGO S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463**

NIT: 0614-051188-103-8

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 M A 11:30 AM, Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
85	PROPANOLOL CLDRHIDRATO 10 MG. ( 1 COT.)	C/U	\$ 14.00	\$ 1,190.00
115	CEFADROXILO MONOHIDRATO 250 MG/5 ML. POLVO PARA SUSPENSION ORAL ( 1 COT.)  MARCA: SELECTPHARMA, FRASCO 60 ML.  TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABLES, DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 796, 801/2015, A/M: 114, 118, 121/2015 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 CAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 3.75	\$ 431.25
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,621.25</b>

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
01/9/15	\$ 1,621.25	54108	

ADMINISTRACIÓN