



## ORDEN DE COMPRA RP-133

FECHA: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2015

**SEÑORES:** **RASEGO S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-051188-103-8**  
**TELEFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE 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
1,600	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCION 1000 ML. ( 2 COT.)  MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILES, DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 801/2015, A/M: 118/2015 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 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	\$ 1.25	\$ 2,000.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,000.00</b>

Recibido 24/09/2015  
 10:35 AM

**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	
02/10/15	\$2,000.00	54108		 5/10/2015  ADMINISTRACION