

ORDEN DE COMPRA RP-224

FECHA: 30 DE OCTUBRE 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
2.800	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOLUCION INYECTABLE I.V. 500 ML. (2 COT.) MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILIS, DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 1050/2015, A/M: 149/2015 USO: HOSPITALIZACION Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunicó 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	\$ 0.83	\$ 2,324.00
SO.			TOTAL...	<u>\$2,324.00</u>

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	
05/11/15	\$ 2,324.00	54108		  ADMINISTRACION