



ORDEN DE COMPRA RP-127

FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2015

SEÑORES: **PROMEPASA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-150493-105-0**
TELEFONO: 2226-5323, FAX: 2226-2897

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
850	DEXTROSA + SODIO CLORURO (5+0.9)% SOLUCION ELECTROLITICA EN AGUA DESTILADA I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE 1000 ML. (3 COT.) MARCA: DELMED ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 3-8 DIAS HABILES SOLICITUD: 954/2015, A/M: 131/2015 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	\$ 0.93	\$ 790.50
SO.			TOTAL...	\$790.50

Handwritten notes:
 23/09/15
 \$ 33.00

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS
- 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	
23/9/15	\$ 790.50	54108	<i>[Signature]</i>	 24/9/2015 ADMINISTRACIÓN