

## ORDEN DE COMPRA RP-236

FECHA: 03 DE NOVIEMBRE DE 2015

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

FACTURAR A NOMBRE DE HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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
510	LEVOTIROXINA SODICA 0.1 MG. ( 1 COT.)	C/U	\$ 9.77	\$ 4,982.70 ✓
525	CEFADROXILO MONOHIDRATO 250 MG/5ML. POLVO PARA SUSPENSION ORAL ( 1 COT.)  MARCA: SELECTPHARMA, PHARMEDIC ORIGEN: EL SALVADOR /GUATEMALA  TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILÉS, DESPUÉS DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 1091, 1094/2015, A/M: 150, 151/2015 USO: HOSPITALIZACION  Nota: Favor tramitar que sean 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	\$ 4.00	\$ 2,100.00 ✓
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$7,082.70</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	
03/11/15	\$7,082.70	50108		  ADMINISTRACIÓN