



ORDEN DE COMPRA RP-255

FECHA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2015

CASELA S.A. DE C.V.

SEÑORES: **TELEFONO: 2243-4277 Y 2243-4240, NIT: 0614-160758-001-0**
FAX: 2243-4260,

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
150	HALOPERIDOL 2 MG./ML. SOLUCION ORAL FRASCO GOTERO 15-ML. PROT. DE LA LUZ (2 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: A MAS TARDAR DENTRO DE 3 DIAS HABILIS SIGUIENTES A RECIBIR ORDEN DE COMPRA (2 COT.) MARCA: MARCELI ORIGEN: EL SALVADOR. SOLICITUD: 1,087/2015, A/M: 157/2015 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	\$ 3.12	\$ 468.00
SO.			TOTAL...	\$468.00

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	
19/11/15	\$468.00	54108		 20/11/2015 ADMINISTRACIÓN