



ORDEN DE COMPRA No. 34

FECHA: 21 DE ENERO DE 2016

RASEGO S.A. DE C.V.

SEÑORES:

TELEFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463,
rasego88@hotmail.com

NIT: 0614-051188-103-8

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
90	PROPANCILOL CLORHIDRATO 10 MG. (1 COT.) MARCA: PHARMEDIC , ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILES DESPUES DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 90/2016, A/M: 06/2016 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 le 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.	CTO.	\$ 13.60	\$ 1,215.00
SO.			TOTAL...	\$1,215.00

Handwritten notes:
 28/01/2016
 2:55 PM

NOTA: Sr. 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	
27/1/16	\$1,215.00	54108	<i>[Handwritten Signature]</i>	 <i>[Handwritten Signature]</i> ADMINISTRACIÓN