

ORDEN DE COMPRA No. 193

FECHA: 11 DE FEBRERO DE 2016

SEÑORES: **DISTRIBUIDORA RONASA S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-190177-002-5**
TELEFONO: 2278-5464, FAX: 2278-1664

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
195	<p>CLORANFENICOL+DEXAMETASONA (5+1) MG/ML. CLODEX COLIRIO FCO. X 7.5 ML. (1 COT.)</p> <p>MARCA: OPTISOL ORIGEN: GUATEMALA</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 100% INMEDIATAMENTE</p> <p>SOLICITUD: 206/2016 A/M: 15/2016</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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 vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTÁ ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 3.75	\$ 731.25
SO.			TOTAL...	\$731.25

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	
15/02/16	\$ 731.25	54108		 15/2/2016  ADMINISTRACIÓN