



ORDEN DE COMPRA No. 263

FECHA: 08 DE MARZO DE 2016

RASEGO S.A. DE C.V.

SEÑORES:

TELEFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463,

NIT: 0614-051188-103-8

rasego88@hotmail.com

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 ATENCIÓN 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
1,400	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. INV. IV. BOLSA 500 ML (1 COT.)	C/U	\$ 0.85	\$ 1,190.00
2,999	DEXTROSA + SODIO CLORURO (5+9) % SOLUCION ELECTROLITICA EN AGUA DESTILADA IV. BOLSA D PCO. PLASTICO FLEXIBLE 250 ML (1 COT.) MARCA: DELMED ; ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 345/2016, A/M: 27/2016 USO: HOSPITALIZACION Nota: Favor tramitar quedán 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 CAVIENDA 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	\$ 0.75	\$ 2,249.25
SO.			TOTAL...	\$3,439.25

*10/03/16
10:44*

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	
11/3/16	\$3,439.25	11/ 54108	<i>[Signature]</i>	 11/3/2016 ADMINISTRACIÓN