

ORDEN DE COMPRA RP-22

FECHA: 17 DE MARZO DE 2016

RASEGO S.A. DE C.V.

SEÑORES: **TELÉFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463,** **NIT: 0614-051188-103-8**
rasego88@hotmail.com

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 11:30 A.M. Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
350	<p>CEFADROXILO 250 MG/5ML. FRASCO 60 ML. SUSPENSION (1 COT.)</p> <p>MARCA: SAIMED ORIGEN: INDIA</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILDES DESPUES DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA.</p> <p>SOLICITUD: 344/2016, A/M: 26/2016</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 DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>	C/U	\$ 4.00	\$ 1,400.00
SO.			TOTAL...	\$1,400.00

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	
18/3/16	\$1,400.00	54108		  ADMINISTRACIÓN