



**ORDEN DE COMPRA NO. 157 RP**

FECHA: 27 de Marzo del 2012

SEÑORES: **DROGUERIA RONASA, S.A. DE C.V.**

NIT: 0614-190177-002-5

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

TEL. 2261-4555

FAX. 2208-4568

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
600	DICLOXACILINA GENFAR 250MG/5ML. POLVO DOSIFICADOR GRADUADO TIPO COPITA, FCO. X 80ML. 2 cotiz.	c/u.	\$4.85	\$2,910.00
TOTAL .....				\$2,910.00
PROGRAMA DE ENTREGA: Inmediata				
Solic. De Compra No. 415/2012				
NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA				

mep.

*Handwritten signature and date: 27/03/12 10:10 AM*

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	Vo. Bo. CONTABILIDAD	OBSERVACIONES
27/3/12	\$2,910.00	<i>Handwritten signature</i>	34108



*Handwritten date: 27/3/12*

*Handwritten signature*

ADMINISTRACIÓN