



ORDEN DE COMPRA No. 709 FONAT

FECHA: 15 DE AGOSTO 2014

SEÑORES:

RASEGO, S.A DE C.V.
TELEFONO 2242-1321 TELEFAX: 2242-5461

NIT: 0614-051188-103-8

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CRÉDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION: 7:30 AM A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
70	ACETAMINOFEN, TABLETA 500 MG. (1 COT.) MARCA: PHARMEDIC TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 860/2014, AM: 85/2014 USO: HOSPITALIZACION <small>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, entregar en unidad financiera, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.</small>	CTO	\$ 2.50	\$ 175.00
SO.			TOTAL...	\$175.00

NOTA: 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	
20/8/14	54108	\$175.00		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em;">20/8/14</p> </div> <div style="text-align: right;"> </div> </div> <p style="text-align: center;">ADMINISTRACIÓN</p>