



ORDEN DE COMPRA No. 41

FECHA: 28 DE ENERO DE 2015

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 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
2,300	SODIO CLORURO+ DEXTROSA (0.3+5)% SOLUCION INYECTABLE HIPOTONICA BOLSA DE 250 ML. (4 COT.) MARCA: DELMED ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILDES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 120/2015, A/M: 14/2015 USO: HOSPITALIZACION 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 via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UF! JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 0.75	\$ 1,725.00
SO.			TOTAL...	\$1,725.00

Handwritten notes:
 29/10/15
 2:54pm

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	
30/1/15	\$1,725.00	54108		 30/1/2015 ADMINISTRACIÓN