



ORDEN DE COMPRA No.90

(REPOSICION POR CAMBIO DE MARCA Y FECHA)

FECHA: 17 DE FEBRERO DE 2015

RASEGO S.A. DE C.V.

SEÑORES:

TELEFONO: 2242-1321, FAX: 2242-5463,
 rasego88@hotmail.com

NIT: 0614-051188-103-8

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
3,000	ÁMOXICILINA 250 MG./5ML. POLVO PARA SUSPENSION ORAL 100 ML. MARCA: FARDEL, LABORATORIOS FARDEL, ORIGEN: EL SALVADOR (1 COT.)	CU	\$ 1.75	\$ 5,250.00
320	LEVOTIROXINA SODICA 0.1 MG., PRESENTACION TABLETA 0.1 MG. MARCA: SAIMED, ORIGEN: E.S. (1 COT.)	CTO.	\$ 0.83	\$ 3,145.60
	TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILDES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA.			
	SOLICITUD: 254, 256/2015; A/M: 24,26/2015			
	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 UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.			
SO.			TOTAL...	\$8,395.60

RECIBIDA
 10/03/15
 8:49 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	ESPECIFICO	FIRMA
10/03/15	\$8,395.60	54108	
			Dr. Hector Guillermo Lara Torres SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B. J.V.P.M. No. 1876 ADMINISTRACIÓN

