



ORDEN DE COMPRA No. 394

FECHA: 23 DE JUNIO 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
230	CEFADROXILO MONOHIDRATO 250 MG/5ML. MARCA: SAIMED (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 4 DIAS HABILDES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 649/2015, A/M: 96/2015 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 vía 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.	FCO.	\$ 3.75	\$ 862.50
SO.			TOTAL...	\$862.50

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir este 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	
24/6/15	\$862.50	54108		 25/6/2015 ADMINISTRACION