



### ORDEN DE COMPRA RP-39

FECHA: 20 DE MAYO DE 2015

**SEÑORES:** **RASEGO S.A. DE C.V.** **TELEFONO:** **2242-1321, TELEFAX: 2242-5463** **NIT: 0614-051188-103-8**  
**rasego88@hotmail.com, rasego.oficina@gmail.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
1,500	AMOXICILINA 250 MG/ 5 ML. POLVO PARA SUSPENSION ORAL 100 ML. ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 4- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  MARCA: FARDEL  SOLICITUD: 529/2015, A/M: 78/2015 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 UPI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 1.80	\$ 2,700.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,700.00</b>

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	
20/5/15	\$2,700.00	54108		  21/5/2015 ADMINISTRACION