



ORDEN DE COMPRA RP-49

FECHA: 22 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
115	CEFADROXILO MONOHIDRATO 250 MG/5ML (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 4- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: SAIMED, ORIGEN: INDIA SOLICITUD: 504/2015, A/M: 67/2015 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.	FCO.	\$ 4.20	\$ 483.00
SO.			TOTAL...	\$483.00

NOTA: Si 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	
25/5/15	\$483.00	54108	<i>[Firma]</i>	 25/5/2015  ADMINISTRACIÓN