



## ORDEN DE COMPRA RP-63

FECHA: 12 DE JUNIO DE 2015

**SEÑORES:** **RGH DE EL SALVADOR S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-240775-001-0**  
**TELEFONO: 2222-6680, FAX: 2281-1191**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE 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	XILENO GRADO HISTOLOGICO, PRESENTACION 4 LITROS, ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA LA ORDEN DE COMPRA.  MARCA: RGH  SOLICITUD: 464/2015, 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.	C/U	\$ 62.72	\$ 125.44
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$125.44</b>

NOTA: Señor Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar al número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
15/6/15	\$125.44	54108		  ADMINISTRACIÓN