

ORDEN DE COMPRA No.409

Contesta Haja
que hasta el
12/ Agosto

FECHA: 19 DE JULIO DE 2013

SEÑORES:

DISTRIBUIDORA RONASA S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2278-6464, FAX: 2278-1664

NIT: 0614-190177-002-5

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
160	CLORANFENICOL + DEXAMETASONA (5+1) MG/ML. SOLUCION OFTALMICA, FRASCO GOTERO 5-10 ML. (1 COT.)	c/u	\$ 3.61	\$ 577.60 ✓
30	ATROPINA SULFATO 1% SOLUCION OFTALMICA, ATROPIN 1% FRASCO GOTERO 10 ML. (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 100% INMEDIATAMENTE USO: OFTALMOLOGIA MARCA: LABORATORIOS LAFOFA ORIGEN: GUATEMALA SOLICITUD: 759/2013/, A.M. 97/2013 Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues de: entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario ENTREGUE nota EN LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIEDA indiccando el nombre y número de la cuenta.	c/u	\$ 5.54	\$ 166.20 ✓
SO.			TOTAL.....	\$743.80 ✓

19/07/2013
11:57 AM

NOTA: SEÑOR 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
29/07/2013	\$ 743.80	54108	<i>[Signature]</i> CP3069.

12/8/013
[Signature]

ADMINISTRACIÓN