



**ORDEN DE COMPRA No. 536**

FECHA: 26 DE JUNIO 2014

SEÑORES: **RASEGO, S.A DE C.V.** NIT: 0614-051188-103-8  
**TELEFONO 2242-1321 TELEFAX: 2242-5461**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CRÉDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

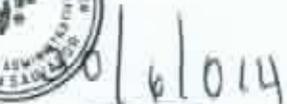
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,200	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOLUCION INYECTABLE IV. 250 ML. ( 1 COT.)	C/U	\$ 0.75	\$ 2,400.00
600	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA I.V. 1000 ML. ( 1 COT.)	C/U	\$ 1.60	\$ 960.00
450	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% SOLUCION INYECTABLE I.V. 500 ML ( 1 COT.) MARCA: DELMED TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 718,662/2014, AM: 70.65./2014 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, entregar en unidad financiera, autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 0.85	\$ 382.50
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$3,742.50</b>

NOTA: 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	
27/6/14	\$3,742.50	54108		  ADMINISTRACIÓN