

ORDEN DE COMPRA RP-43

FECHA: 11 DE ABRIL 2016

LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.

SEÑORES: **TELEFONO 2251-9797, 2251-9799,
2278-3121**

FAX: NIT:

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
120	METRONIDAZOLE 5 MG/ML VIAL 100 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO (2 COT.) ENTREGA: 10 DIAS HABILES	C/U	\$ 0.92	\$ 110.40
15	PROPRANOLOL HCl 1MG/ML. AMP. 1 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO (1 COT.), 3-5 DIAS HABILES MARCA: VIJOSA; ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 423 /2016, A/M: 43/2016 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	\$ 19.62	\$ 294.30
SO.			TOTAL...	\$404.70

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	
14/4/16	\$ 404.70	56108		<div>14/4/16</div> <div>   </div>
				ADMINISTRACIÓN