

ORDEN DE COMPRA No. 555

FECHA: 19 DE AGOSTO 2016

LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.

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

FAX: NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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
75	HALOPERIDOL 5 MG/ML. AMP. 1 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 3- 5 DIA HABILES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 555/2016, A/M: 58/2016 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 indicándole el nombre y número de la cuenta PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	CU	\$ 0.72	\$ 54.00
SO.			TOTAL...	\$54.00

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	
22/08/16	\$54.00	54108		<p>22/08/2016</p>  <p>ADMINISTRACIÓN</p>