



**ORDEN DE COMPRA RP-137**

FECHA: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2015

**LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.**

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

FAX: NIT: 0614-240775-001-0

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
570	CLINDAMICINA 150 MG/ML. VIAL 6 ML. EMP. HOSP. ( 1 COT.)	C/U	\$ 1.82	\$ 1,037.40 ✓
230	DEXAMETASONA FOSFATO 4MG/ML. VIAL 5 ML. EMP. HOSP. ( 1 COT.)	C/U	\$ 1.43	\$ 328.90 ✓
4,500	CLORURO DE POTASIO 20 mEq/10ML. SOL. INY. AMP. X 10 ML. EMP. HOSP. ( 2 COT.)	C/U	\$ 0.22	\$ 990.00 ✓
450	PETIDINA HCl 100 MG. AMP. 2 ML. EMP. PRIM. TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 3 DIAS HABILIS POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA. ( 1 COT.)	C/U	\$ 0.99	\$ 445.50 ✓
350	DIMENHIDRINATO, DRAMAVOL 50 MG/ML. SOL. INY. FCO. VIAL X 5 ML. EMP. HOSP. ( 1 COT.)	C/U	\$ 1.48	\$ 518.00 ✓
	TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILIS POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA. PRODUCTO CONTROLADO			
	MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR			
	SOLICITUD: 529/2015, A/M: 78/2015			
	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 DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA			
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$3,319.80</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 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	
29/9/15	\$3,319.80	54108		 30/9/2015  <b>ADMINISTRACIÓN</b>