



ORDEN DE COMPRA RP-144

FECHA: 01 DE OCTUBRE DE 2015

LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.
TELEFONO 2251-9797, 2251-9799,
FAX: 2278-3121

NIT: 0614-240775-001-0

SEÑORES:

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
275	HIDRALAZINA HCl 20 MG/ML. AMP. 1 ML. EMPAQUE PRIMARIO (1 COT.)	CU	\$ 8.22	\$ 2,260.50
100	METRONIDAZOL 5 MG/ML. VIAL 100 ML. EMP. PRIM. (3 COT.)	CU	\$ 0.94	\$ 94.00
TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILDES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 960,977/2015, A/M: 133,138,139/2015 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 DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTÓ A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.				
SO.			TOTAL...	\$2,354.50

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 CANCELAR ESTA ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
05/10/15	\$2,354.50	54108		
				 01/10/2015 ADMINISTRACIÓN