



ORDEN DE COMPRA RP-151

FECHA: 02 DE OCTUBRE 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

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 |
|------------|---|------|-----------------|-------------------|
| 20,000 | AGUA DESTILADA PARA INYECTABLE AMP. X 10 ML. EMP. HOSP. (3 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA. PRODUCTO CONTROLADO MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 960/2015, A/M: 133/2015 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 JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA. | C/U | \$ 0.21 | \$ 4,200.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$4,200.00 |

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 ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

| FECHA | VALOR | ESPECIFICO | FIRMA | |
|----------|------------|------------|-------|------------------------|
| 06/10/15 | \$4,200.00 | 54108 | | ADMINISTRACIÓN |