



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	<p>AGUA DESTILADA PARA INYECTABLE AMP. X 10 ML. EMP. HOSP. (3 COT.)</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HÁBILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA. PRODUCTO CONTROLADO</p> <p>MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>SOLICITUD: 960/2015, A/M: 133/2015</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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.</p>	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		 ADMINISTRACION