



## ORDEN DE COMPRA RP-159

FECHA: 02 DE OCTUBRE DE 2015

**GAMMA LABORATORIES S.A. DE C.V.**

ventasinstitucionales@gammalaboratories.com,

**SEÑORES:** licitaciones@gammalaboratories.com, **TELEFONO: 2121-4306,** **NIT: 06140-140779-002-1**  
**FAX: 2278-4874, 2278-4894, 2121-4399**  
**TEL. 2535-9900, FAX: 2271-3578**

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
80	SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TARRO 400 GR. PROTEGIDO DE LA LUZ, ALGEST 1% CREMA TÓPICA, TARRO X 400 GR. PROT. DE LA LUZ ( 3 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 7 - DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  MARCA: GAMMA, ORIGEN: EL SALVADOR  SOLICITUD: 960/2015, A/M: 133/2015 USO: HOSPITALIZACION  <small>Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues de entregado el producto, alimiamo, 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.</small>	C/U	\$ 10.00	\$ 800.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b><u>\$800.00</u></b>

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	
07/10/15	\$ 800.00	54108		  ADMINISTRACIÓN