



ORDEN DE COMPRA RP-161

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

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 |
|------------|---|------|-----------------|-----------------|
| 7 | METADONA HCI 10 MG. TABLETA (2 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA. PRODUCTO CONTROLADO SE REQUIERE PERMISO DE LA DNM MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 977/2015, A/M: 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 JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA. | CTD | \$ 87.00 | \$ 609.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$609.00 |

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 |
|---------|----------|------------|----------------|
| 7/10/15 | \$609.00 | 54108 | |
| | | | |
| | | | 8/10/2015 |
| | | | ADMINISTRACIÓN |