



## ORDEN DE COMPRA RP-167

FECHA: 09 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

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
100	CLORHEXIDINA 4% FRASCO DE 1,000 ML. ; CLORHEXIDINA GAMMA 4%, FRASCO X LITRO ( 3 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 7 - DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  MARCA: GAMMA. ORIGEN: EL SALVADOR  SOLICITUD: 961/2015, A/M: 134/2015 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 LFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	CU	\$ 8.00	\$ 800.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$800.00</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
12/10/15	\$ 800.00	54107	
			 13/10/2015  ADMINISTRACIÓN