



ORDEN DE COMPRA RP-177

FECHA: 14 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
1,000	VANCOMICINA VIAL 0.5G. EMPAQUE HOSPITALARIO (3 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE ORDEN DE COMPRA MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 1024/2015, A/M: 144/2015 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	\$ 2.84	\$ 2,840.00
SO.			TOTAL...	\$2,840.00

NOTA: Señor Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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	
19/10/15	\$ 2,840.00	54108		 19/10/2015 ADMINISTRACIÓN