



**ORDEN DE COMPRA RP-260**

FECHA: 18 DE NOVIEMBRE 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
300	CLORHEXIDINA 4% FRASCO DE 1000 ML. ( 3 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 5- DIAS HABILIS DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  MARCA: GAMMA, ORIGEN: EL SALVADOR  SOLICITUD: 1,088/2015, A/M: 158/2015 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	\$ 8.00	\$ 2,400.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,400.00</b>

*Handwritten note:* 20/11/2015 4:30 PM

NOTA: Sr. 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	
19/11/15	\$2,400.00	34107	<i>[Signature]</i>	 20/11/2015  ADMINISTRACIÓN