

## ORDEN DE COMPRA RP-292

FECHA: 30 DE NOVIEMBRE DE 2015

**LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.**

SEÑORES: **TELÉFONO 2251-9797, 2251-9799,  
2278-3121**

**FAX: NIT: 0614-240775-001-0**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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
6,400	<p>CEFTRIAZONA (SODICA) 1 GR. POLVO PARA DILUCION IM-IV FCO. VIAL ( 2 COT.)</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE ORDEN DE COMPRA</p> <p>MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>SOLICITUD: 1,119/2015, A/M: 165/2015</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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 vía 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.</p>	C/U	\$ 0.50	\$ 3,200.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$3,200.00</b>

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	
30/11/15	\$ 3,200.00	54108		  <b>ADMINISTRACIÓN</b>