



**ORDEN DE COMPRA No. 161**

FECHA: 09 DE FEBRERO 2016

**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
400	CEFOTAXIMA 1G. GRAMO EMPAQUE HOSPITALARIO ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILÉS POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA.  MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR  SOLICITUD: 248/2016, A/M: 19/2016 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	\$ 1.19	\$ 476.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$476.00</b>

*Recibido 09/10/2016 2:40 PM*

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
10/02/16	\$476.00	54108	
			  <b>ADMINISTRACIÓN</b>