



ORDEN DE COMPRA No. 234

FECHA: 25 DE FEBRERO 2016

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 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
120	METRONIDAZOL 5 MG/ML VIAL 100 ML EMP. PRIM. (3 COT.) ENTREGA: 10 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 0.94	\$ 112.80 ✓
6,000	OXACILINA (SODICA) 1G. POLVO PARA SOL. INV. I.V. FCO. VIAL EMP. HOSP. (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 291/2016, A/M: 22/2016 USO: HOSPITALIZACION Nota: Favor tramitar quedon 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	\$ 1.09	\$ 6,540.00 ✓
SO.			TOTAL...	\$6,652.80 ✓

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	ADMINISTRACIÓN
01/03/16	\$6,652.80	54108	<i>Chal</i>	