



## ORDEN DE COMPRA No. RP-419 RP(1)

FECHA: 17 DE AGOSTO DE 2012

SEÑORES: **LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V. TELEFONO: 2251-9797, FAX: 2278-3121** 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

| CANTIDAD   | DETALLE  | U.M. | PRECIO UNITARIO   | PRECIO TOTAL      |
|------------|--|------|-------------------|-------------------|
| 5,000      | <p>CLORURO DE SODIO 20% SOLUCION INYECTABLE AMP. X 10 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO ( 2 COT ) VENC. 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 1-3 DIAS HABILES POSTERIORES A RECEPCION DE ORDEN, RECEPCION DE PRODUCTO ES URGENTE.</p> <p>MARCA: VIJOSA ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>SOLICITUD: 803 /2012. AM: 112/2012 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 en unidad financiera autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco HSBC indiccando el nombre y número de la cuenta.</p> | c/u  | \$ 0.59           | \$ 2,950.00       |
| <b>SO.</b> |  |      | <b>TOTAL.....</b> | <b>\$2,950.00</b> |

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir este 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 CUÁTRRO 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  |
|---------|------------|------------|--|
| 17/8/12 | \$2,950.00 | 54108      | <i>[Signature]</i>   |
|         |            |            | <p>17/8/2012</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>ADMINISTRACIÓN</p> |