



ORDEN DE COMPRA

Solicitud No. 1-002/2017

RP 07

FECHA: 18 DE ENERO DEL 2017

SEÑORES: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. NIT:

TEL: 2251-9797

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
120	METRÓNIDAZOL 5MG/ML VIAL 100ML EMPAQUE HOSPITALARIO, REG. F038515062005 (2 Cotiz.)	C/U	\$ 0.90	\$ 108.00
500	CEFOTAXIMA VIAL 1G, EMPAQUE HOSPITALARIO REG. 19365 (1 Cotiz)	"	\$ 1.16	\$ 580.00
400	CEFAZOLINA 1G, POLVO PARA SOL INY IM-IV, FCO VIAL EMP HOSPITALARIO REG: F070621082002 (1 Cotiz)	"	\$ 0.94	\$ 376.00
TOTAL.....				\$ 1,064.00
MARCA: VIJOSA VENCIMIENTO: 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA TIEMPO DE ENTREGA: 3 A 5 DIAS HABILES FORMA DE PAGO: CREDITO 30 DIAS Mjrdh USO: SERVICIO DE HOSPITALIZACION S/C: No. 1-002/2017				

Handwritten signature and date: 19/01/17

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.

4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

El INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	
54108	\$1,064.00	19/1/17	<i>Handwritten signature</i>	 19/01/2017 ADMINISTRACION