



## ORDEN DE COMPRA No. RP-721

FECHA: 30 DE NOVIEMBRE 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      |
|------------|--|------|-------------------|-------------------|
| 600        | SULFATO DE MORFINA 10 MG/AMP. 1 ML. EMPAQUE PRIMARIO ( 1 COT. )<br><br>TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABILES PARA DESPACHO POSTERIORES A RECEPCION DE ORDEN DE COMPRA.<br><br>MARCA: VIJOSA ORIGEN: EL SALVADOR<br><br>SOLICITUD: 1179 /2012; AM: 189/2012 USO: HOSPITALIZACION<br><br>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 indicando el nombre y número de la cuenta. | C/U  | \$ 1.83           | \$ 1,098.00       |
| <b>SO.</b> |  |      | <b>TOTAL.....</b> | <b>\$1,098.00</b> |

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 |                                  |
|----------|------------|------------|-------|----------------------------------|
| 30/11/12 | \$1,098.00 | 54 10%     |       | 30/11/2012<br><br>ADMINISTRACIÓN |