



## ORDEN DE COMPRA No. 4

FECHA: 13 DE ENERO DE 2015

SEÑORES: **LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.** NIT: 0614-240775-001-0  
**TELEFONO 2251-9797, 2251-9799, FAX: 2278-3121**

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
320	CLORFENIRAMINA MALLEATO 10 MG/ML AMPOLLA X 1 ML. (1 COT.)  MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 11/2015, A/M: 04//2015 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	\$ 0.72	\$ 230.40
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$230.40</b>

*13/01/15  
8:39 AM*

NOTA: Si 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	
13/01/15	\$230.40	54108	<i>[Firma]</i>	

ADMINISTRACIÓN