



ORDEN DE COMPRA No. 79

FECHA: 11 DE FEBRERO DE 2015

LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.

SEÑORES:

**TELEFONO 2251-9797, 2251-9799,
 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

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
2,400	GENTAMICINA 40 MG/ML VIAL 2 ML., GENTAMICINA 80 MG. VIAL 2 ML EMPAQUE HOSPITALARIO (2 COT.) MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABLES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 10/2015, A/M: 03//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	\$ 0.50	\$ 1,200.00
SO.			TOTAL...	\$1,200.00

*2015/02/11
9:24 AM*

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
13/02/2015	\$1200.-	54108	
			  ADMINISTRACIÓN