



ORDEN DE COMPRA No. 203

FECHA: 19 DE MARZO DE 2015

LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.

SEÑORES: **TELEFONO 2251-9797, 2251-9799, 2278-3121** FAX: 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
450	DEXTrosa 50% SOL. INY. FCO. VIAL X 50 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO, (1 COT.)	C/U	\$ 1.99	\$ 895.50 ✓
200	TRAMADOL 100 MG. AMP. 2 ML. EMPAQUE HOSPITALARIA, (2 COT.)	C/U	\$ 0.53	\$ 108.00 ✓
TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILDES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 296/2015, A/M: 32/2015 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.				
SO.			TOTAL...	\$1,001.50 ✓

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	
20/3/15	\$1,001.50	54108	<i>cl</i>	 <i>24/3/2015</i>  ADMINISTRACIÓN