



ORDEN DE COMPRA RP-65

FECHA: 19 DE JUNIO 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


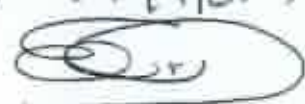
| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|------------|--|------|-----------------|-------------------|
| 4,000 | OXACIUNA 1G. DXACILINA (SÓDICA) 1G. POLVO PARA SOL. INY. IV. FRASCO VIAL EMP. HOSPITALARIO (1 COT.) TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE TRANSFERENCIA AUTORIZADA LA ORDEN DE COMPRA. MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 573/2015, A/M: 87/2015 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 | \$ 1.09 | \$ 4,360.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$4,360.00 |

*20000
19/06/15
10:11 AM*

NOTA: Señor 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 | |
|----------|------------|------------|--------------------------------|--|
| 22/06/15 | \$4,360.00 | 54108 | <i>[Handwritten Signature]</i> |  <i>22/6/2015</i>  ADMINISTRACIÓN |