

ORDEN DE COMPRA No. 866 TM

FECHA: 31 DE OCTUBRE DE 2013

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
150	KETAMINA 50 MG/ML. VIAL 10 ML. KETAMINA 50 MG/ML. VIAL 10 ML. EMPAQUE PRIMARIO (2 CDT.) MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA Y DE PERMISO AUTORIZADO POR DNM PRODUCTO CONTROLADO. SOLICITUD: 1082/2013, A/M, 142/2013 USO: CLINICA DEL DOLOR 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.	C/U	\$ 4.45	\$ 667.50
SO.			TOTAL...	\$667.50

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	
01/11/13	\$667.50	54108		
				ADMINISTRACIÓN

