

ORDEN DE COMPRA No. 39

FECHA: 22 DE ENERO DE 2014

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

BIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
225	DEXTROSA 50% SOLUCION INYECTABLE, FRASCO VIAL 50 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: 01/2014, A/M, 04/2014 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	C/U	\$ 1.99	\$ 447.75
SO.			TOTAL...	\$447.75

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	
27/01/14	\$447.75	54108		 28/1/2014  ADMINISTRACIÓN