

## ORDEN DE COMPRA No. 397

FECHA: 10 DE ABRIL DE 2014

**LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.**

SEÑORES:

**TELEFONO 2251-9797, 2251-9799,**

**NIT: 0614-240775-001-0**

**FAX: 2278-3121**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS.

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION 7:30 A.M A 11:30 AM Y DE 1:30 PM. A 3:00 PM

| CANTIDAD   | DETALLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL      |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|-------------------|
| 300        | AMINOFILINA 250 MG. AMP. 10 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO ( 2 COT.)                                                                                                                                                                                                                                                                                      | C/U  | \$ 0.56         | \$ 168.00         |
| 130        | DOPAMINA HCl 40 MG/ML. VIALS 5 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO ( 2 COT.)                                                                                                                                                                                                                                                                                   | C/U  | \$ 2.43         | \$ 315.90         |
| 5,000      | CLORURO DE SODIO 20% SOL. INY. AMP. X 10 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO ( 2 COT.)                                                                                                                                                                                                                                                                         | C/U  | \$ 0.49         | \$ 2,450.00       |
|            | ENTREGA: 3-5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                 |                   |
|            | MAIACA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                 |                   |
|            | SOLICITUD: 446/2014, AM: 38/2014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                 |                   |
|            | 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 vía electrónica por el Banco CAVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. |      |                 |                   |
| <b>SO.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$2,933.90</b> |

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                                                                               |                                                                                                                                                                                                              |
|---------|------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10/4/14 | \$2,933.90 | 54108      |  | <br>10/4/2014<br><br>ADMINISTRACIÓN |