



**ORDEN DE COMPRA No. 579 FONAT**

FECHA: 04 DE JULIO DE 2014

SEÑORES:

**LABORATORIOS VIJOSA S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO 2251-9797, 2251-9799, FAX: 2278-3121**

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

| CANTIDAD   | DETALLE  | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL      |
|------------|--|------|-----------------|-------------------|
| 1,500      | MIDAZOLAN 15 MG/AMP. 3 ML. EMPAQUE HOSPITALARIO ( 1 COT.)<br><br>MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR<br><br>TIEMPO DE ENTREGA: 1-3 DIAS HABILES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA.<br><br>SOLICITUD: 651/2014, A/M. 64/2014<br>USO: HOSPITALIZACION<br><br>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 cancela via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. | C/U  | \$ 2.03         | \$ 3,045.00       |
| <b>SO.</b> |  |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$3.045.00</b> |

*9/08/2014 04/09/10/4 9:00hs*

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              |
|----------|-------------|------------|--------------------|
| 4/7/2014 | \$ 3,045.00 | 54108      | <i>[Signature]</i> |
|          |             |            | <i>[Signature]</i> |

4/7/2014  
  
 ADMINISTRACIÓN