



**ORDEN DE COMPRA No. 623 FONAT**

FECHA: 11 DE JULIO DE 2014

**SEÑORES:** **LABORATORIOS PISA S.A. DE C.V.** NIT: 0614-270398-105-5  
**TELEFONO: 2243-3900, FAX: 2243-2008**

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
21	NOREPINEFRINA (BITARTRATO) 1 MG/ML. SOL. INY. I.M. AMPOLLA O FCO. VIAL 4 ML. PROT. DE LA LUZ, PRIDAM 4 MG/ML. SOL. INY. AMP. 4 ML. ( 2 CDT.)  MARCA: PISA ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABLES POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 661/2014, A/M: 64//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	\$ 2.50	\$ 52.50
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$52.50</b>

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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	
15/7/14	\$ 52.50	54108	<i>[Handwritten Signature]</i>	 <i>[Handwritten Signature]</i> ADMINISTRACIÓN