

## ORDEN DE COMPRA RP-230

FECHA: 03 DE NOVIEMBRE 2015

SEÑORES:

**GRUPO PAILL, S.A DE C.V.**  
TEL.: 2281-0222, FAX: 2281-1240

NIT: 0614-151200-105-4

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

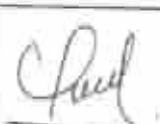
HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,050	MAGNESIO SULFATO 50% SOLUCION INYECTABLE I.M, I.V. AMPOLLA 10 ML. ( 2 COT.)	C/U	\$ 0.96	\$ 1,008.00
1,560	KETOROLACO TROMETAMINA 30 MG/ML. SOL. INY. AMP. 1 ML. PROT. DE LA LUZ ( 3 COT.)	C/U	\$ 0.16	\$ 249.60
<b>SO.</b>	<p>TIEMPO DE ENTREGA: 1-3 DIAS HABILÉS DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.</p> <p>MAIICA: PAILL, ORIGEN, EL SALVADOR</p> <p>SOLICITUD: 1051/2015. AM 150/2015</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>Nota: Favor tramitar quedas 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 CAVIQUINDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>		<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,257.60</b>

SEÑOR 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
05/11/15	\$1,257.60	54108	



5/11/2015  


ADMINISTRACIÓN