



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM,
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C.A.
TELEFONO:2132-6890, FAX: 2132-6891



ORDEN DE COMPRA No.41

FECHA: 21 DE ENERO 2016

SEÑORES: **GRUPO PAILL, S.A DE C.V.** NIT: 0614-151200-105-4
TEL.: 2281-0222, FAX: 2281-1240

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE 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
2,600	EPINEFRINA 1 MG/ML SOL. INY. (3 COT.) ENTREGA: 2,436 1-3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA EL RESTO 2DA. SEMANA DE FEBRERO	C/U	\$ 0.18	\$ 468.00
675	CLINDAMICINA (POSFATO) 150 MG/ML SOL. INY. (2 COT.)	C/U	\$ 1.80	\$ 1,215.00
550	CLORFENIRAMINA PL. 10 MG/ML SOL. INY. AMP. 3 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.60	\$ 330.00
2,850	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG/SOL. PL. 25 MG/ML SOL. INY. (4 COT.) ENTREGA: 1-3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 001/2016, AM: 01/2016 USO: HOSPITALIZACIÓN 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. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 0.08	\$ 228.00
SO.			TOTAL...	\$2,241.00

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
25/01/16	\$2,241.00	54108	



26/1/2016

ADMINISTRACION