



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



**ORDEN DE COMPRA No. 225**

FECHA: 25 DE FEBRERO 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 BENJAMÍN 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
1,350	CLINDAMICINA (FOSFATO) 150 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE (V FRASCO VIAL 6 ML. ( 2 COT. )  ENTREGA: 1-3 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  MARCA: PAILL ORIGEN: EL SALVADOR  SOLICITUD: 291/2016 AM: 22/2016  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. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	CU	\$ 1.68	\$ 2,268.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,268.00</b>

*Recibido 26/02/16 10:07 AM*

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	
26/2/16	\$ 2,268.00	54108	<i>[Signature]</i>	 24/2/2016 <i>[Signature]</i> <b>ADMINISTRACIÓN</b>