



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



ORDEN DE COMPRA No. 226

FECHA: 25 DE FEBRERO 2016

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

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
4,000	EPINEFRINA 1 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE I.M. I.V. S.C. AMPOLLA 1 ML. PROT. DE LA LUZ (3 COT.)	C/U	\$ 0.18	\$ 720.00 ✓
250	FUROSEMIDA 10 MG./ML. SOL. ORAL FCO. 80 ML. (1 COT.)	C/U	\$ 9.53	\$ 2,382.50 ✓
1,100	CLORFENIRAMINA MALEATO 10 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE IM. I.V. AMP. 1 ML (2 COT.)	C/U	\$ 0.60	\$ 660.00 ✓
ENTREGA: 1-3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.				
MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR				
SOLICITUD: 29/1/2016, 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 indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.				
SO.			TOTAL...	\$3,762.50 ✓

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	
29/2/16	\$3762.50	54108		 29/2/2016 ADMINISTRACIÓN