

ORDEN DE COMPRA No. 228

FECHA: 26 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
230	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE (M, I.V. AMPOLLA 2 ML. (1 COT.)	C/U	\$ 0.47	\$ 106.10 ✓
800	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 MG/ML. SOL. INY. AMPOLLA 1 ML. PROT. DE LA LUZ (3 COT.)	C/U	\$ 0.52	\$ 416.00 ✓
460	DEXAMETASONA INY. FOSFATO, 4MG/ML. SOL. INY. (2 COT.)	C/U	\$ 1.27	\$ 584.20 ✓
<p>ENTREGA: 1-3 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA</p> <p>MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>SOLICITUD: 291/2016, AM: 22/2016</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p><small>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 UH JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small></p>				
SO.			TOTAL...	\$1,108.30 ✓

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	
01/3/16	\$ 1,108.30	54108		 1/3/2016  ADMINISTRACIÓN