

ORDEN DE COMPRA No. 230

FECHA: 28 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
500	FITOMENADIONA 10 MG/ML SOL. INY. 1 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.72	\$ 360.00 ✓
1,040	RETOROLACO TROMETAMINA 30 MG/ML SOL. INY. AMP. 1 ML. (3 COT.)	C/U	\$ 0.17	\$ 176.80 ✓
700	MAGNESIO SULFATO 50% SOL. INY. AMP. 10 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.85	\$ 595.00 ✓
ENTREGA: 1-3 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 291/2016, AM 22/2016 USO: HOSPITALIZACION <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 UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small>				
SO.			TOTAL...	\$1,131.80 ✓

COPIA
 26/02/2016
 2:20 PM

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	\$1,131.80	54108		 29/2/2016  ADMINISTRACIÓN