



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



## ORDEN DE COMPRA No. 253

FECHA: 08 DE MARZO 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 ATENCIÓN DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,000	FUROSEMIDA 10 MG/ML. SOL. INY. IV. AMP. 2 ML. ( 1 COT.)	C/U	\$ 0.40	\$ 400.00
200	AMINOFILINA 25 MG/ML. AMINOFILINA PL 25 MG/ML SOL. INY. ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: 3 Y 4 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA  MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR  SÓLICITUD: 344/2015 AM: 26/2015  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 electronica por el Banco JAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small>	C/U	\$ 0.48	\$ 96.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$496.00</b>

2016/03/08  
 10:30/16  
 8:42 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	
11/3/16	\$496.00	54108		 11/3/2016  ADMINISTRACIÓN