



ORDEN DE COMPRA No. 255

FECHA: 08 DE MARZO 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
1,060	SALES DE REHIDRACION ORAL CKL, SUERO ORAL PL POLVO GRANULADO (1 COT.) ENTREGA: 2 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA	C/U	\$ 0.25	\$ 265.00
5	NITROFURANTONINA MACROCRISTALES 100 MG. CAPSULA ORAL , NYVU RETARD (1 COT.) ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA MARCA: PAILL ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 349/2016 AM : 29/2016 USO: HOSPITALIZACION Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunicó que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcionen 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.	CTO.	\$ 23.00	\$ 115.00
SO.			TOTAL...	\$380.00

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	\$380.00	54768		 ADMINISTRACION