



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



ORDEN DE COMPRA RP-64

FECHA: 16 DE ABRIL 2016

SEÑORES: **GRUPO PAILL, S.A DE C.V.** NIT: _____
 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
550	CLORFENIRAMINA MALEATO 10 MG/ML. SOL. INY. IV. 2 ML. PROT. DE LA LUZ (2 COT.)	C/U	\$ 0.46	\$ 253.00
2,850	RANITIDINA CLORHIDRATO 50 MG, RANITIDINA PL 25 MG/ML. SOL. INY. (1 COT.) ENTREGA: DE 1 A 5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA	C/U	\$ 0.17	\$ 484.50
ENTREGA: 1-3 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA S/C: 447/2016, AM: 47/2016 MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR 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 indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UPI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.				
SO.			TOTAL...	\$737.50

SEÑOR PROVEEDOR AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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	
20/4/16	\$ 737.50	54108		 20/4/2016 ADMINISTRACIÓN