



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



ORDEN DE COMPRA RP-73

FECHA: 06 DE MAYO 2016

SEÑORES:

GRUPO PAILL, S.A DE C.V.
TEL.: 2281-0222, FAX: 2281-1240

NIT:

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
3,700	FENTANIL CITRATO 0.05 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE IM IV, AMPOLLA 2 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ.(2 COT.) ENTREGA: 1-3 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA, Y REALIZAR TRAMITES DE AUTORIZACION EN DNM PRODUCTO CONTROLADO MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR USO: HOSPITALIZACION, SOLICITUD No. 540/2016, AM: 57/2016 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.	C/U	\$ 0.68	\$ 2,516.00
SO.			TOTAL...	\$2,516.00

*3/06/16
 06/05/16
 2:36pm*

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	
11/05/16	\$2,516.00	54108	<i>[Signature]</i>	11/5/2016 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN

