



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



## ORDEN DE COMPRA RP-129

FECHA: 09 DE SEPTIEMBRE 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
2,600	EPINEFRINA 1 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE I.M. I.V. S.C. AMPOLLA 1 ML. PROT. DE LA LUZ, EPINEFRINA PL 1MG/ML. SOL. INY. ( 2 COT.)  ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.  MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR  USO: HOSPITALIZACION, SOLICITUD No. 555/2016, AM: 58/2016  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 cancela vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARCIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 0.58	\$ 1,508.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,508.00</b>

27/09/16  
 9:12 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	
09/9/16	\$1,508.00	54108		 ADMINISTRACIÓN