



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2225-3451, FAX 2225-4099

Ministerio de Salud



ORDEN DE COMPRA: RP-136

FECHA: 14 DE MARZO 2012

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: CRÉDITO
 DESPACHAR A ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3.000	OXICODONA CLORHIDRATO 10 MG. TAB. RECUBIERTA EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FCO. OXICODONA 5 MG + ACETAMINOFEN 325 MG PL. BLISTER POR 10 TABLETAS (1 COT) MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VTO. 11/2013 SOLICITUD 376/12, A/M 43/2012 TIEMPO DE ENTREGA: 2,000 1 -5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA Y TRAMITADO PERMISO ANTE (CSSP), 1,000 (1-5 DIAS HABILES) DESPUES DE 1ER. ENTREGA Y TRAMITE DE PERMISO CSSP. USO: CLINICA DEL DOLOR. SEÑOR PROVEEDOR SE LE COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE PAGO DE FACTURAS ES NECESARIO PROPORCIONAR A UNIDAD FINANCIERA NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL SU PAGO POR VIA ELECTRONICA A TRAVES DEL BANCO HSBC, INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE LA CUENTA. NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO	C/U	\$1,49	\$4.470,00
SO.			TOTAL...	\$4.470,00

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. 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
15/03/12	\$4,470.00	54108	
			 ADMINISTRACION

