



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

Ministerio de Salud



**ORDEN DE COMPRA RP-211**

FECHA: 02 DE MAYO DEL 2012

**SEÑORES:** GRUPO PAILL, S.A. DE C.V., TELEFONO: 2281-1240, FAX: 2281-1240 NIT: 0614-151200-105-4

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
250	CLORANFENICOL 0.5% SOLUCIÓN OFTÁLMICA, IRIS FENICOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA FRASCO. X 10 ML.  MÁRCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR  USO: SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN  TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD DE COMPRA: No. 456/2012, AM 62/2012 USO HOSPITALIZACIÓN	C/U	\$0.90	\$225.00
2 cot.	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERÁ NECESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VÍA ELECTRÓNICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NÚMERO DE CUENTA.			
<b>SO</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$225.00</b>

*7 días  
 4/5/12  
 2:50 pm*

NOTA: Sr. 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
4/5/12	\$225.00	54108	<i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN