



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-478 (RP-1)

FECHA: 21 DE AGOSTO 2012

SEÑORES: SEÑORES: GRUPO PAILL S.A. DE C.V.
 TELEFONO: 2281-0222, 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
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,000	<p>NEOSTIGMINA METIL SULFATO 0.5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE IM IV SC, AMPOLLA 1 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ. NEOSTIGMINA FL. AMPOLLAS, MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR (2 COT.)</p> <p>SOLICITUD N° 803/12, 112/2012</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 1-2 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA</p> <p>USO: SERVICIOS DE HOPITALIZACION</p> <p>NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.</p>	C/U	\$ 0.48	\$ 480.00
SO.			TOTAL.....	\$480.00

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	
22/8/12	\$480.00	54108	<i>[Firma]</i>	<p>22/8/2012</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>ADMINISTRACIÓN</p>

