

**ORDEN DE COMPRA NO. 145**

FECHA: 09 DE MARZO DEL 2017  
 SEÑORES: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. NIT:  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2281-0222 FAX. 2281-1240  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS- DE: 8:00am A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
7,400	FENTANIL CITRATO 0.05 MG/ML. SOL. INY. I.M. AMP. 2ML. PROTEG. DE LA LUZ - FENTANIL CITATO PL 0.05MG/ML SOLUC. INY. AMP. AMBAR X 2ML., MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. (3 Cotiz.)	C/U.	\$0.64	\$4,736.00
750	DIMENHIDRINATO 50MG/ML. SOL. INY. I.V. o I.M. FCO. VIAL 5ML - DRAMANYL 50MG/ML. SOL. INY. FCO VIAL X 5ML. MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR (2 Cotiz.)	C/U.	\$1.05	\$787.50
TOTAL .....				\$5,523.50
ENTREGA: Item 1 entrega 1 a 5 dias habiles despues de recibir autorizacion de DNM producto controlado, Item 2 1 a 5 dias habiles USO EN: Hospitalización Nota: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. Solic: map./ 24-339/2017				

*Handwritten notes:*  
 10/03/017  
 8:49 AM

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
13/3/17	<i>[Signature]</i>	\$ 5,523.50	54108.

ADMINISTRACION

*Handwritten stamp:*  
 Sr. Director General  
 10/03/2017  
 8:49 AM