



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

MINISTERIO DE SALUD
 REPUBLICA DE
EL SALVADOR
 UNIDOS CRECEMOS Juntos

ORDEN DE COMPRA NO. 146

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
1,100	CLORFENIRAMINA MALEATO 10MG/ML. SOLUC. INY. I.M I.V. AMP. 1ML. PROT.G. DE LA LUZ - CLORFENIRAMINA PL. 10MG/ML. SOLUC. INY. AMP. AMBAR X 1ML. MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR. (2 Cotiz.)	C/U.	\$0.42	\$462.00
1,350	CLINDAMICINA FOSFATO 150MG/ML SOLIC. INY. I.V. FCO VIAL 6ML.. - CLINDALACINA 150MG/ML. SOL. INY. FCO. VIAL AMBAR x 6ML. ORIGEN: EL SALVADOR, MARCA: PAILL, (2 Cotiz.)	C/U.	\$1.48	\$1,998.00
3,660	MIDAZOLAN CLORHIDRATO 5MG/ML. SOLUC. INY. I.M I.V. AMP. DE 3ML - MIDAZOLAM PL 1 SOLUC. INY. AMP. AMBAR X 3ML. MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR (2 Cotiz.)	C/U.	\$0.68	\$2,488.80
	TOTAL			<u>\$4,948.80</u>
ENTREGA: Item 1 y 2 entrega 1 a 5 días hábiles y Item 3 1 a 5 días hábiles despues de autorizacion de DNA producto controlado USO EN: Hospitalización Nota: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. Solic. 24-339/2017 map./				

Handwritten notes:
 2000
 10/03/017
 9.2364

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
 - Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
 - 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 vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, Indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
13/03/17	<i>[Signature]</i>	\$ 4,948.80	54108.	14/3/2017 ADMINISTRACIÓN