



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



ORDEN DE COMPRA NO. 204

FECHA: 29 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. 2231-1601 FAX. 2231-1678
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

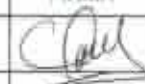
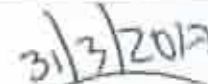

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
180	TOBRAMICINA+DEXAMETASONA (0.3+0.1)% UNGÜENTO OFTALMICO TUBO (3.-5G) - IRISTOBRA-D UNGÜENTO OFTALMICO , TUBO X 3.5GR.MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR (1 Cotiz.)	C/U.	\$4.50	\$810.00
TOTAL				<u>\$810.00</u>
ENTREGA: 1-5 días hábiles USO EN: Hospitalización				
Solic. 02-29/2017 mep./	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

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	
30/3/17		\$810.00	54108	  ADMINISTRACIÓN