



EL SALVADOR

**ORDEN DE COMPRA NO. 27-RP**

FECHA: 25 DE ENERO 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  
 BÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
250	FITOMENADIONA 10MG. INY -IV-S.C AMP. VITAMINA K PL 10 MG/ML. SOLUC. AMP. 1ML. (1 Cotiz) MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR	C/U.	\$0.92	\$230.00 ✓
20	KETAMINA (CLOHIDRATO) 50MG/ML. - KETAMINA PL 50 MG SOLUC. INY. (2 Cotiz) MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR	C/U.	\$3.15	\$63.00 ✓
1,000	NEOSTIGMINA METIL SULFATO 0.5MG/ML - NEOSTIGMINA PL 0.5MG/ML. SOL. INYECTABLE MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR	C/U.	\$0.32	\$320.00 ✓
735	SALBUTAMOL (SULFATO) 100MCG/DOSIS SOL. AEROSOL SALBUTAMOL PRESURIZADO 10MCG, FCO. 200 DOSIS MARCA: CIPLA, ORIGEN: INDIA (1 Cotiz.)	C/U.	\$1.24	\$911.40 ✓
225	SALBUTAMOL (SULFATO) 0.5% SOLC. - SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5MG (0.5) FRASCO GOTERO AMBAR X 20ML., MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR (1 Cotiz)	C/U.	\$4.50	\$1,012.50 ✓
145	DOPAMINA CLORHIDRATO 40MG/ML. SOL. INY -FC O. DOPAMINA PL 40MG/ML SOL. INY. VIAL 5ML (1 Cotiz) MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR	C/U.	\$1.68	\$243.60 ✓
	TOTAL PASAN .....			<u>\$2,780.50</u> ✓

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



**ORDEN DE COMPRA NO. 27-RP**

FECHA: 25 DE ENERO DEL 2017

SEÑORES: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

NIT:

FORMA DE PAGO: CREDITO

TEL. 2281-0222

FAX. 2281-1240

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,700	VIENEN ..... FENTANIL CITRATO 0.05 MG/ML SOL. INY. AMP. 2ML. FENTANIL CITRATO PL 0.05MG/ML SOL. INY. AMP. 2ML. MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR (1 Cotiz.)	C/U.	\$0.68	\$2,780.50 \$2,518.00 ✓
375	DIMENHIDRATO 50MG/ML SOL. INY. FCO. VIAL 5ML. DRAMANYL 50MG/ML SOL. INY. VIAL AMBAR x 5ML. MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR (1 Cotiz.)	C/U.	\$1.05	\$393.75 ✓
675	CLINDAMICINA FOSFATO 150MG/ML SOLUC. INY. FCO. 6ML. - CLINDAMICINA 150MG/ML SOL. INY. VIAL x6ml. MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR (1 Cotiz.)	C/U.	\$1.52	\$1,026.00 ✓
	TOTAL .....			<u>\$6,716.25</u> ✓

ENTREGA: 1- 5 DIAS HABILES

NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE  
 DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.

Solic:  
01/02/2017  
mep./

*Handwritten notes:*  
 20/01/2017  
 20/01/2017  
 20/01/2017

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 vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
1 feb 2017	<i>[Signature]</i>	\$6,716.25	54108

ADMINISTRACIÓN



*Handwritten note:*  
 Dr. Hector Guillermo Lopez Torres  
 SUPERVISOR DE COMPRAS Y SERVICIOS  
 20/01/2017