



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



## ORDEN DE COMPRA No. 256-RP

**FECHA:** 09 DE JUNIO DE 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 SIGUIE|**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
225	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 50% SOLUCION INYECTABLE I.V., BOLSA O FRASCO 50ML. 50ML-- DEXTROSA PL HELIOS 50% SOLUCION INY.  MARCA: PAILL      ORIGEN: EL SALVADOR  TOTAL .....  ENTREGA: 1 A 5 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización	C/U	\$1.20	\$270.00
				<u>\$270.00</u>
Cotiz. 3				
Solic.	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
56-569/2017	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
oeli./				

*D. Pail*  
*09/06/17*  
*2:38pm*

**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. 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	
12/6/17		\$270.00	54108.	  <b>ADMINISTRACION</b>