



BENJAMIN
BLOOM

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

EL SALVADOR
 UNIDOS CRECEMOS JUNTOS

ORDEN DE COMPRA N° 278

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE 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 SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
750	DIMENHIDRINATO 50 MG/ML SOLUC. INY. I.V. O I.M FCO. VIAL 5 ML -- DRAMANYL 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE. MARCA: PAILL ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTO: NO MENOR DE UN AÑO. FAVOR TRAMITAR FACTURA ANTES DEL 5 DE DICIEMBRE TOTAL ENTREGA: 1 A 5 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización	C/U	\$0.98	\$735.00
				<u>\$735.00</u>

N° cotiz. 2
 Solic. 57-571/2017
 oeli./

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

Recibido 24/11/17 2:53pm

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
	<i>[Signature]</i>	\$735.00	54108

[Signature]
ADMINISTRACIÓN

