



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM,  
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C.A.  
TELEFONO: 2132-6890, FAX: 2132-6891



## ORDEN DE COMPRA No. 34

FECHA: 28 DE ENERO 2015

**SEÑORES:**

**GRUPO PAILL , S.A DE C.V.**  
**TEL.: 2281-0222 , FAX: 2281-1240**

**NIT: 0614-151200-105-4**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO **CREDITO**

DESPACHAR A: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: **HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,300	FENTANIL CITRATO 0.05 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE I.M. AMPOLLA 2 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ. FENTANIL CITRATO PL SOLUCION INYECTABLE ( 2 COT.)	C/U	\$ 0.74	\$ 2,442.00
1,500	MIDAZOLAN CLOBHIDRATO 5 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE I.M. I.V. AMPOLLA 3 ML ( 2 COT.)	C/U	\$ 0.74	\$ 1,110.00
<p>TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DIAS HABILIS DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA, Y HACER TRAMITES DE AUTORIZACION EN DNM PRODUCTO CONTROLADO</p> <p>SOLICITUD: 11/2015. AM: 4/2015</p> <p><b>USO: HOSPITALIZACION</b></p> <p><small>Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto; asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota a LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small></p>				
<b>SO.</b>	<b>TOTAL...</b>			<b>\$3,552.00</b>

Nota: SEÑOR PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA Ó. DE C. 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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
29/1/15	\$3,552.00	54108		  <b>ADMINISTRACIÓN</b>