



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



ORDEN DE COMPRA No. 143

FECHA: 05 DE MARZO 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
1,400	VALPROATO DE SODICO 200 MG/ML. SOLUCION ORAL FCO. 40 ML. CON DOSIFICADOR TIPO JERINGA, O PIPETA CALIBRADO MG/ML. ACIDO VALPROICO PL. SOLUCION ORAL. ENTREGA: 1-6 DIAS HABILÉS DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. (2 COT.)	C/U	\$ 2.98	\$ 4,172.00
460	DEXAMETASONA FOSFATO (SODICO) 4 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE OM-IV FCO. VIAL 5 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ, DEXAMETASONA PL. SOLUCION INYECTABLE 4.0 MG. VIAL 5 ML. ENTREGA: 1-5 DIAS HABILÉS DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA (2 COT.)	C/U	\$ 1.20	\$ 552.00
500	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 10 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE I.M. V.S.C AMPOLLA X 1 ML. PROTEGIDO DE LA LUZ. ENTREGA: 1-3 DIAS HABILÉS DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA (3 COT.)	C/U	\$ 0.49	\$ 245.00
SO.	MARCA: PAILL; ORIGEN: EL SALVADOR SOLICITUD: 298/2015, AM: 32/2015 USO: HOSPITALIZACION 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 vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UPI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.		TOTAL...	\$4,969.00

Handwritten notes:
29/03/15
3:34 PM

SEÑOR 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

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
18/03/2015	\$4,969.-	54108	<i>[Signature]</i>	 18/3/2015 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN