

ORDEN DE COMPRA No. 466 REPROG. 2

FECHA: 16 DE AGOSTO 2013

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:

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
300	CLORFENIRAMINA MALEATO 10 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 1 ML. IM. IV. PROTEGIDO DE LA LUZ (2 COT.)	C/U	\$0.72	\$216.00
100	DEXAMETASONA FOSFATO, DEXAMETASONA PL SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION DEXAMETASONA FOSFATO (SODICA) 4.0 MG. (2 COT.)	C/U	\$2.29	\$229.00
SO.	MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 604/2013, AM: 76/2013 USO: HOSPITALIZACION Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, esimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota, EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el BANCO DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta		TOTAL...	\$445.00

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. 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	
22/08/13	\$ 445.-	5X108	<i>afound</i> CP3447 11:46 AM.	23/8/013 ADMINISTRACION

