



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



**ORDEN DE COMPRA No. 42**

FECHA: 22 DE ENERO 2014

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    |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|-----------------|
| 350        | DIMINHIDRINATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE IM. O IV.<br>FRASCO VIAL 5 ML. , DRAMANYL 50 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE ( 2 COT.)<br><br>MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR<br><br>TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA Y AUTORIZACION DEL ONM PRODUCTO CONTROLADO.<br><br>SOLICITUD 001/2014, AM : 01/2014<br><br>USO: HOSPITALIZACION<br><br>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, EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el BANCO DAVIVIENDA indiccando el nombre y número de la cuenta. | C/U  | \$1.01          | \$353.50 ✓      |
| <b>SO.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | <b>TOTAL...</b> | <b>\$353.50</b> |

*22/01/14 8:19pm*

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 |
|---------|-----------|------------|-------|
| 24/1/14 | \$ 358.50 | 54108      |       |

ADMINISTRACIÓN