



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



**ORDEN DE COMPRA**

N° RP 165

FECHA: 08 DE DICIEMBRE DEL 2016

SEÑORES: GEOCYCLE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. NIT:

TEL: 2316-8040

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: LA RECOLECCION DE LOS MEDICAMENTOS VENCIDOS DEBE SER POR MEDIO DE DIVISION ADMINISTRATIVA, CORREO: [ADMINISTRACION@HOSPITALBLOOM.GOB.SV](mailto:ADMINISTRACION@HOSPITALBLOOM.GOB.SV).

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	SERVICIO DE TRATAMIENTO Y DISPOSICION FINAL DE MEDICAMENTOS VENCIDOS. (2 Cotiz)		\$ 1,469.00	\$ 1,469.00
	<b>TOTAL.....</b>			<b>\$ 1,469.00</b>
Mjrdh	S/C: 917 USO: DESCARGO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS DE FARMACIA.			

*Handwritten notes:*  
 2/9/2016  
 15/12/2016  
 10:40 AM

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.

4. 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 proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	
54399	\$1,469.00	15/12/16	<i>[Signature]</i>	

*Handwritten:* 16/12/2016  
*[Signature]*  
 ADMINISTRACION

