

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

EPIDEMIOLOGIA
 BLOOM

ORDEN DE COMPRA NO. 99

FECHA: 22 DE FEBRERO DEL 2017
 SEÑORES: RASEGO, S.A. DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2242-1321 FAX. 2242-5463
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--|---|-------|-----------------|--------------|
| 9 | TERAZOSIN (CLORHIDRATO) 5MG: TABLETA. MARCA: PHARMEDIC, ORIGEN: EL SALVADOR. (1 Cotiz.) | CTOS: | \$84.00 | \$756.00 |
| TOTAL | | | | \$756.00 |
| ENTREGA: 4 dias habiles | | | | |
| USO EN: Hospitalización | | | | |
| Solic. NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE | | | | |
| 22-337/2017. DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | | | |
| mep./ | | | | |

*Recibido 22/2/2017
 4:14 PM*

NOTA: Sr. 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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

| FECHA | FIRMA | VALOR | ESPECIFICO |
|---------|----------------|----------|------------|
| 23/2/17 | <i>[Firma]</i> | \$756.00 | 54108 |
| | | | |

23/2/017

 ADMINISTRACIÓN
