



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RP 166 REPOSICION POR DISMINUCION EN CANTIDAD DESTRUIDA

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
440	SERVICIO DE TRATAMIENTO Y DISPOSICION FINAL DE MEDICAMENTOS VENCIDOS Y SERVICIO DE RECOLECCION Y TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS. (2 Cotiz)	kg	\$ 1.13	\$ 497.20 ✓
		"	\$ 339.00	\$ 339.00 ✓
	<b>TOTAL</b> .....			\$ 836.20 ✓
Mjrdh	S/C: 918 USO: DESCARGO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS Y/O DETERIORADOS DE ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS.			

*2 cotiz*  
*15/02/17*  
*11:07:04*

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	\$ 836.20	15/02/17	<i>Paul</i>

15/2/17  
  
 ADMINISTRACION