



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



**ORDEN DE COMPRA N° 297-RP**

**REPOSICIÓN POR POR FECHA DE ENTREGA**

**FECHA:** 28 DE AGOSTO DE 2017  
**SEÑORES:** LABORATORIO DB S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:**2263-9088 **FAX:** 2263-3660  
**DESPACHAR A:** ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
24	CLOREXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15%, GARRAFA 5 LITROS  CETRALON-DB SOLUCIÓN. GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 1.5% P/V + CETRIMIDA 15% P/V. SOLUCIÓN ANTISÉPTICA .  MARCA: DB <span style="margin-left: 150px;">ORIGEN: EL SALVADOR</span>	C/U	\$60.56	\$1,453.44
	TOTAL .....			<u>\$1,453.44</u>
	ENTREGA: 18 GARRAFAS 2 DIAS HABILES, 6 GARRAFAS 15 DIAS HABILES. USO EN: Hospitalización			
Cotiz. 2	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE			
Solic.	DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			
71-701/2017				
oeli./				

*Handwritten:* 03/10/17 2:08pm

**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 vía electrónica a través del **BANCO DAVIVIENDA**, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
03/10/17	<i>[Signature]</i>	\$1,453.44	54107

*Handwritten:* 03/10/17

**ADMINISTRACION**