



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



ORDEN DE COMPRA No. 311-RP

FECHA: 25 DE OCTUBRE 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	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15%, GARRAFA 5 LITROS. CETRALON-DB SOLUCIÓN. GLUCONATO DECLORHEXIDINA 1.5% P/V + CETRIMIDA 15% P/V. SOLUCIÓN ANTISÉPTICA Y DESINFECTANTE CONCENTRADA. USO HOSPITALARIO. MARCA: DB ORIGEN: EL SALVADOR	C/U	\$60.56	\$1,453.44
	TOTAL			<u>\$1,453.44</u>
N°cotiz. 1 Solic. 79-818/2017 oeli./	ENTREGA: 2 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

Recibido 25/10/17 11:47AM

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	
25/10/17		\$1,453.44	54107.	<p align="center">25/10/17</p> <p align="center"></p> <p align="center">ADMINISTRACIÓN</p> 