



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



**ORDEN DE COMPRA No. RP-327**

**FECHA:** 07 DE NOVIEMBRE DE 2017  
**SEÑORES:** CENTRUM, S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL:** 2521-2200 Y 2521-2201 **FAX:** 2521-2227  
**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
56	YODOPOVINA 10% JABÓN, GARRAFA 3.75 LITROS.  JABON LÍQUIDO ANTISEPTICO Y QUIRURGICO A BASE DE YODO (YODOPOLIVINIL PIRROLIDONA) EQUIVALENTE 0.8G DE YODO  MARCA: DERMODINE <b>ORIGEN: MÉXICO</b>  VENCIMIENTO: 2 AÑOS  TOTAL .....	C/U	\$15.04	\$842.24 ✓
	ENTREGA: 5 A 8 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización			<u>\$842.24</u>

N°cotiz. 2  
Solic. 38-423/2017  
oeli./

NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.

*Proveedor 07/11/2017 1:35PM*

**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
07/11/17	<i>[Signature]</i>	\$842.24	54107

*8/11/2017*  
  
**ADMINISTRACIÓN**