

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



ORDEN DE COMPRA

Nº RF 337

FECHA: 30 DE NOVIEMBRE DEL 2017

SENORES: DUTRIZ HERMANOS, S.A DE C.V

NIT:

TEL: 2241-2365

FACTURAR A NOMBRE DE HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM. . FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: UACI HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	
1	CONCURSO PUBLICO LA PERMUTA DE BIENES MUEBLES EN DESUSO No. 01/2017 SOLICITUD No. C44-829/2017 FECHA DE PUBLICACION: 7 DE NOVIEMBRE DEL 2017. (1 COTIZ.)		\$ 169.50	\$ 169.50	
Ţ	RESOLUCION DE ADJUDICACION No. 01/2018, SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A EQUIPOS, GASES MEDICOS Y COMBUSTIBLE PARA EL AÑO 2018, FECHA DE PUBLICACION: 09 DE NOVIEMBRE DEL 2017. (1 COTIZ.)		\$ 234.25	\$ 254.25	
1	RESOLUCION DE ADJUDICACION No. 02/2018 SERVICIO DE LIMPIEZA HOSPITALARIA PARA EL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2018. FECHA DE PUBLICACION: 16 DE NOVIEMBRE DEL 2017. (1 COTIZ.)		\$ 169.50	\$ 169.30	
31	RESOLUCION DE ADJUDICACION No. 03/2018 SERVICIO DE PORTERIA Y VIGILANCIA PARA EL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018. FECHA DE PUBLICACION; 16 DE NOVIEMBRE DEL 2017. (1 COTIZ.)		\$ 169.50	\$ 169.50	
	S/C: 829, 935 TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO	10 m	1017	\$ 762.75	

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

Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.

Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

ELINCUMPLIMIENTO 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 via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la c

	ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	ti Nombre y Numero de la cuenta
J	54305	\$762.75	7/12/17		1000
					\ \ (* * 1)
					3/12/013
1			74	<	ADMINISTRACION