



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

ORDEN DE COMPRA

Nº 5 REPOSICION POR DESCRIPCION DEL PRIMER ITEM DEL PRODUCTO

FECHA: 19 DE MARZO DEL 2018

SEÑORES: ICAMEL, S.A. DE C.V. NIT. *141411111* TEL. 2242-4087

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS** HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10	DARODOR SINALDEHIDO. DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL FRASCO X 600 M.L (PARA LIM PIEZA EQUIPO DE ENDOSCOPIA) OFRECEN: DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL Y ESTERILIZANTE EN FRIO PARA USO EN EQUIPOS DE ENDOSCOPIA Y PEQUEÑA CIRUGIA. PRESENTACION: FRASCO 600 ML DE SOLUCION CONCENTRADA. (CADA FRASCO RINDE PARA 5 LITROS YA DILUIDOS. (1 Cotiz)	C/U	\$ 28.50	\$ 285.00 ✓
10	DETERGENTE ENZIMATICO CUADRUPLE ACCION PARA EQUIPOS CON LENTES OPTICAS Y ENDOSCOPIOS. LIPASA, AMILASA Y PROTEASA MAS UN TENSIOACTIVO NO LONICO NOMBRE DEL PRODUCTO: DAROSCOPE E TURBO PRESENTACION: LITRO CONCENTRADO RINDE PARA 200 LITROS LISTO AL USO OFRECEN: 10 LITROS (1 Cotiz) FORMA DE ENTREGA: INMEDIATO FABRICANTE: LABORATORIO JOSE COLLADO ORIGEN: ESPAÑA FECHA DE VENCIMIENTO: NO MENOR A DOS AÑOS.	"	\$ 39.50	\$ 395.00 ✓
TOTAL				\$ 680.00 ✓
Mjrdh	USO: CONSULTA EXTERNA GASTROENTEROLOGIA, S/C: 180			

20/03/18 05/04/18 12:37pm

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.

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
54107	\$ 680.00	5/4/18	<i>[Signature]</i>



6/4/18

ADMINISTRACION