



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



ORDEN DE COMPRA
REPOSICION POR ERROR RAZON SOCIAL

Nº 371
 FECHA: 14 DE MARZO DEL 2019
 SEÑORES: JOSE JAIME RAMIREZ LOPEZ NIT. TEL. 2522-5463
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.
 FORMA DE PAGO: CREDITO
 DESPACHAR A: UCIN 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
2	<p>APLICACIÓN DE AMONIO CUATERNARIO DE ÚLTIMA GENERACION DE AMPLIO ESPECTRO Y EFECTO RESIDUAL.</p> <p><u>ESPECIFICACIONES GENERALES:</u></p> <p><u>ZONA DE APLICACIÓN:</u> EL SERVICIO DE SANITIZACION COMPRENDE, LA APLICACIÓN DEL PRODUCTO QUE MANTIENE LA ELIMINACION DE BACTERIAS, VIRUS, HONGOS, MOHO, Y ESPORAS POR UN PERIODO DE 90 DIAS. SE HARA EN AREA DE ENCAMADOS, ESCLUSAS, CUARTO DE MEDICOS, SALA DE REUNIONES, ESTACION DE ENFERMERAS, AIRES ACONDICIONADOS, OFICINAS, EQUIPO DE OFICINA , BAÑOS, PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.</p> <p>EL PRECIO INCLUYE LOS MATERIALES, DILUCIONES Y EQUIPO PARA APLICAR EL PRODUCTO.</p> <p>PAIS DE ORIGEN DEL PRODUCTO: ESTADOS UNIDOS/UK</p> <p>GARANTIA DEL PRODUCTO: LA APLICACIÓN ESTA GARANTIZADA PARA MANTENER EFECTIVIDAD POR 90 DIAS (1 COTIZ.)</p> <p>TOTAL.....</p> <p>USO: UCIN</p> <p>S/C: 250</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: PERIODO DE APLICACIÓN: SE APLICARA EL PRODUCTO EN LOS SIGUIENTES 7 DIAS, PREVIO ACUERDO Y PLANIFICACION CON EL CLIENTE.</p>	CU	\$ 700.00	\$ 1,400.00
				\$ 1,400.00



[Handwritten signature]
 15/3/19

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
2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
4. 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

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA	
54307	\$1,400.00	20/3/19	<i>[Handwritten signature]</i>	  ADMINISTRACION