



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



## ORDEN DE COMPRA 1000

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE 2014

SEÑORES: **LABORATORIO DB S.A DE C.V. TELEFONO: 2263-9088, FAX: 2263-3663** **NIT: 0614-270885-001-7**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 Y DE 1:30 A 3:PM

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
24	CLORHEXIDINA 1.5%+CETRIMIDA 15% GARRAFA 5 LITROS, CETRALON-DB SOLUCION, GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 1.5% P/V+CETRIMIDA 15% P/V SOLUCION ANTISEPTICA Y DESINFECTANTE CONCENTRADA. USO HOSPITALARIO (1 COT.)  MARCA: DB, ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 2 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 1,122/2014, AM: 105/2014  USO: HOSPITALIZACION  Nota: Favor remitir quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota, EN UNIDAD FINANCIERA, autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el BANCO DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta	C/U	\$60.56	\$ 1,453.44
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,453.44</b>

SEÑOR 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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
26/11/14	\$1,453.44	54107		 26/11/2014  ADMINISTRACIÓN