



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



**ORDEN DE COMPRA RP-24**

FECHA: 08 DE MAYO DE 2015

**GAMMA LABORATORIES S.A. DE C.V.**

SEÑORES:

**TELEFONOS: 2121-4300, 2121-4399, CORREO:**

**NIT: 0614-140779-002-1**

**ventasintitucionales@gammalaboratories.com;**

**licitaciones@gammalaboratories.com.**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

HORARIO DE ATENCION: 7:30 AM A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
300	CLORHEXIDINA 4% FRASCO DE 1,000 ML. ( 3 COT.)  MARCA: GAMMA, ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 358/15, AM: 40/2015 USO: HOSPITALIZACION.  Nota: Favor tramitar 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 a LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 8.00	\$ 2,400.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,400.00</b>

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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
13/5/15	\$2,400.00	54107		  ADMINISTRACIÓN