



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



ORDEN DE COMPRA RP-86

FECHA: 27 DE AGOSTO DE 2015

SEÑORES: **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.** 2237- NIT: 0511-080402-101-7
 1613, 2237-1628, FAX: 2233-1648

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 EN ALMACEN DE 7:30 AM. A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
24	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15% GARRAFA DE 5 LITROS (1 COT.)	C/U	\$ 90.00	\$ 2,160.00
800	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 1,000 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.96	\$ 576.00
1,100	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% SOL. INY. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 250 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 0.69	\$ 759.00
SO.	MARCA: CETRALON DB, DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR, TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA. USO: HOSPITALIZACIÓN, S/C: 797,801/2015, AM: 115,118/2015 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 vía 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.		TOTAL...	\$3,495.00

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	
01/9/15	\$ 3,495.00	54108	<i>[Firma]</i>	 9/2015  ADMINISTRACIÓN