



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



ORDEN DE COMPRA No. 543

FECHA: 10 DE JULIO DE 2015

SEÑORES: **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.** NIT: 0511-080402-101-7
2237-1613, 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.) MARCA: CETRALON DB, ORIGEN: EL SALVADOR. TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA USO: HOSPITALIZACION, S/C: 727/2015, AM: 105/2015 Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas sera necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electronica 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	\$ 90.00	\$ 2,160.00
SO.			TOTAL...	\$2,160.00

10/09/2015 1:44pm

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- 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

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA
<i>13/Julio/2015</i>	<i>\$ 2,160.-</i>	<i>54108</i>	<i>[Signature]</i>



14/7/2015

[Signature]
ADMINISTRACIÓN