



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



**ORDEN DE COMPRA No. 74**

FECHA: 29 ENERO DE 2016

**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

SIRVASE 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
12	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15% GARRAFA DE 5 LITROS ( 1 COT.)	C/U	\$ 90.00	\$ 1,080.00
13,000	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. INY. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 50 ML. ( 1 COT.) MARCA: CETRALON DB, ORIGEN: EL SALVADOR, TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA USO: HOSPITALIZACION, S/C: 02.91/2016, M: 02.07/2016 Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues 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	\$ 0.65	\$ 8,450.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$9,530.00</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
29/1/16	\$9,530.00	54107	<i>[Handwritten Signature]</i>



ADMINISTRACIÓN

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
 P.M. No. 1878