

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

EL SALVADOR
 2017

HOSPITAL
 NACIONAL
 BLOOM

ORDEN DE COMPRA NO. 249-RP

FECHA: 07 DE JUNIO DE 2017
 SEÑORES: SURTIMEDIC, S.A DE C.V. NIT: [REDACTED]
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2237-1613 FAX. 2237-1648
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
24	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15% GARRAFA 3.75 LITROS-- GARRAFA CON 5 LITROS. MARCA: DB ORIGEN: EL SALVADOR	C/U	\$78.00	\$1,872.00
	TOTAL			\$1,872.00
	ENTREGA: 1 A 10 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización			
Cotiz. 1 Solic. 38-423/2017 oeli./	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

Handwritten: 08/06/17
8:17 AM

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
9/6/17	<i>[Signature]</i>	\$1,872.00	54107.

Handwritten: 9/6/2017




ADMINISTRACIÓN