



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



**ORDEN DE COMPRA No. 292-RP**

**FECHA:** 07 DE AGOSTO DE 2017  
**SEÑORES:** **SURTIMEDIC, S.A DE C.V.** **NIT:** 0511-080402-101-7  
**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
12	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15%, GARRAFA CON 5 LITROS.  MARCA: DB                    ORIGEN: EL SALVADOR	C/U	\$80.00	\$960.00
	TOTAL .....			<u>\$960.00</u>
	ENTREGA: 1 A 15 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización			
N°cotiz. 1 Solic. 62-603/2017 oeli./	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*Handwritten signature and date: 07/08/2017 2:57pm*

**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**  
**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
08/08/17	<i>[Signature]</i>	\$ 960.00	54107

*Handwritten date: 8/8/2017*  
**ADMINISTRACIÓN**

