



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:

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

Handwritten date and signature: 8/8/2017
ADMINISTRACIÓN

