



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



ORDEN DE COMPRA No. 276

FECHA: 07 DE MAYO DE 2015

SEÑORES: **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.** **2237-** **NIT: 0511-080402-101-7**
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
3,200	ALCOHOL PURO LITRO, BARRIL, PLASTICO RETORNABLE CONTENIDO 200 LITROS (1 CDT.) MARCA: SURTIMEDIC, ORIGEN: EL SALVADOR, TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA. PROGRAMACION DE ENTREGA: 1600- EL DIA 28 DE MAYO/2015, 1600- EL DIA 22 DE JUNIO/2015 USO: HOSPITALIZACION, 5/C: 499/2015, AM: 64/2015 Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después 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 GAVIVIENDA 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	\$ 1.65	\$ 5,280.00
SO.			TOTAL...	\$5,280.00

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
7/5/15	\$ 5,280. ⁰⁰	54107	<i>[Signature]</i>

[Handwritten signature]

ADMINISTRACIÓN

Dr. Hector Guillermo Lara Torres
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.
 J.V.P.M. No. 1876

