



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



ORDEN DE COMPRA RP-61

FECHA: 09 DE JUNIO 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
24	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15% GARRAFA DE 5 LITROS (1 COT.) MARCA: CETRALON DB. ORIGEN: EL SALVADOR. TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA. USO: HOSPITALIZACION, S/C: 476/2015, AM: 59/2015 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 proporcionen 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	\$ 90.00	\$ 2,160.00
SO.			TOTAL...	\$2,160.00

CO. 09/06/15 2:35 pm

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	
09/06/15	\$2,160.00	54107	<i>[Handwritten Signature]</i>	 9/6/2015 ADMINISTRACIÓN