



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

Ministerio de Salud



ORDEN DE COMPRA No. 40

FECHA: 20 DE ENERO DE 2014

SEÑORES:

SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.
2237-1613, 2237-1628, FAX: 2233-1648

NIT: 0511-080402-101-7

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,200	ALCOHOL PURO LITRO (5 COT.)	C/U	\$ 1.70	\$ 5,440.00
12	CLORHEXIDINA 1.5%+CETRIMIDA 15% GARRAFA DE 5 LITROS (1 COT.)	C/U	\$ 95.00	\$ 1,140.00
	MARCA: SURTIMEDIC, CETRALON DB ORIGEN: EL SALVADOR,			
	TIEMPO DE ENTREGA: 1-8 DIAS HABIL DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA.			
	SOLICITUD: 001/14, AM 04/2014 USO: HOSPITALIZACION			
	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 DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta			
SO.			TOTAL...	\$6,580.00

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	
24/1/14	\$ 6,580.00	54107		