



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



**ORDEN DE COMPRA No. 198 "A"**

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2016

SEÑORES: **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.** NIT: 0511-080402-101-7  
**2237-1613, 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
23,000	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. INY. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 50 ML. ( 1 COT.)  MARCA: DELMED; ORIGEN: EL SALVADOR,  TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  USO: HOSPITALIZACION, S/C: 257/2016, M: 21/2016  Nota: Favor tramitar quedán 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 vía 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	\$ 0.65	\$ 14,950.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$14,950.00</b>

*22/02/16 5:46 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	
22/02/16	\$14,950.00	54108	<i>[Signature]</i>	 ADMINISTRACIÓN

Stamp: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM, SAN SALVADOR, C.A., FEB 15 2016