



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



ORDEN DE COMPRA RP-19

FECHA: 15 DE MARZO 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 5:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,300	DEXTROSA AL 5% SOL. INY. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 1,000 ML. (1 COT.) MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR, TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA USO: HOSPITALIZACION, S/C: 345/2016, M: 27/2016 Nota. Favor tramitar quedari 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 lo 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	\$ 0.98	\$ 1,274.00
SO.			TOTAL...	\$1,274.00

*2016
15/03/16
2:14pm*

NOTA: Si Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA es 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	
16/3/16	\$ 1,274.00	54108	<i>[Signature]</i>	 <i>17/3/2016</i>  ADMINISTRACIÓN