



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 517  
 FECHA: 11 de Julio del 2016  
 SEÑORES: **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.** Tel: 2237-1613 /Fax: 2237-1648  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.  
 FORMA DE PAGO: CREDITO  
 DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.**  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,200	Catéter de Succión No 10 C/u, Marca: Sensimedical Origen: China Total.....	c/u.	\$ 0.25	\$ 300.00
AR. 4 cotiz.	<b>NIT:</b> Vencimiento: No menor de 18 meses Tiempo de entrega: 1- 10 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-48			\$ 300.00

*Handwritten:* 11/07/16 2:23pm

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:  
 1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén  
 2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.  
 3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.  
 4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.  
 EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA  
 Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$ 300.00	13/7/16	<i>[Signature]</i>

*Handwritten:* 14/7/2016

*Handwritten signature:*

ADMINISTRACION