



# HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

TEL. 225-3451, FAX 225-4099

URGENTE

## ORDEN DE COMPRA

### REFUERZO

N° 313

FECHA: 29 de Octubre de 2012

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

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD        | DETALLE  | U.M  | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL               |
|-----------------|--|------|-----------------|----------------------------|
| 3,000           | Frascos recolectores de heces fco. De 1 onza Marca: Salvaplastic Origen: El salvador<br>Total.....                 | c/u. | \$ 0.10         | \$ 300.00<br><br>\$ 300.00 |
| AR.<br>3 cotiz. | NIT: 0511-080402-101-7<br>Tiempo de entrega: 1-5 días hábiles<br>Uso en: Servicio de Hospitalización<br>S/C: IM-78 |      |                 |                            |

*31/10/2012  
10:19pm*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. 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.

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 HSBC indicando el Nombre y Número de la cuenta

| ESPECIFICO   | VALOR | FECHA | FIRMA |
|--|-------|-------|-------|
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |



5/11/2012  
*[Signature]*  
ADMINISTRACIÓN