



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891



**ORDEN DE COMPRA NO. 111**

FECHA: 28 DE FEBRERO DEL 2017  
 SEÑORES: SURTIMEDIC, S.A. DE C.V. NIT:  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2237-1613 FAX. 2237-1648  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:36pm. A 3:00pm.  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2,800	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOLUC. INY. I.V. BOLSA DE 500ML. C/U. MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR (2 Cotiz).	C/U.	\$0.85	\$2,380.00
TOTAL .....				<u>\$2,380.00</u>
ENTREGA: 5 a 10 días hábiles, coordinar la entrega con Jefe de Almacén de Medicamentos USO EN: Hospitalización NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. Solic. 28-340/2017 mep./				

*Handwritten signature and date: 01/03/2017 12:01pm*

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta,
  - Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
  - 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 pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
02/3/17	<i>[Signature]</i>	\$2,380.00	54108-	3/3/2017  ADMINISTRACIÓN