

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

EL SALVADOR
 REPUBLICA

BENJAMIN
 BLOOM

ORDEN DE COMPRA No. 262-RP

REPOSICION POR ERROR EN FECHA

FECHA: 16 DE JUNIO DE 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 1:30pm. A 3:00pm.
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-------------|--|------|-----------------|--------------|
| 700 | SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% SOLUCION INYECTABLE I.V. BOLSA DE 1000 ML. MARCA: DELMED ORIGEN: EL SALVADOR | C/U | \$1.30 | \$910.00 |
| | TOTAL | | | \$910.00 |
| | ENTREGA: 1 A 10 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización | | | |
| Cotiz. 2 | NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE | | | |
| Solic. | DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. | | | |
| 58-572/2017 | | | | |
| oeli./ | | | | |

Handwritten: 2, 04/07/017, 9:27 AM

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

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 |
|---------|--------------------|----------|------------|
| 04/7/17 | <i>[Signature]</i> | \$910.00 | 54108. |
| | | | |

Handwritten: 4/7/017

ADMINISTRACIÓN