

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. 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