

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

BENJAMIN BLOOM

EL SALVADOR  
 SAN SALVADOR

**ORDEN DE COMPRA No. 263-RP**

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 SIGUIE|


CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
600	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA, 0.9% SOL. INY. I.V. BOLSA DE 500 ML.  MARCA: DELMED ORIGEN: EL SALVADOR	C/U	\$0.90	\$540.00
	TOTAL .....			\$540.00
	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./				

*B. [Signature]*  
 16/06/2017  
 9:21 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	
16/6/17	<i>[Signature]</i>	\$540.00	54108	<p align="center">16/6/2017    <b>ADMINISTRACIÓN</b></p> 