



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



**ORDEN DE COMPRA No. 627 FONAT**

FECHA: 11 DE JULIO DE 2014

SEÑORES: **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.** NIT: 0511-080402-101-7  
**2237-1613, 2237-1628, FAX: 2233-1648**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS HORARIO DE ATENCION: DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A.M A 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,200	DEXTROSA AL 5% SOL. INY. I.V BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 250 ML. ( 1 COT.)	C/U	\$ 0.70	\$ 2,240.00
15,000	DEXTROSA AL 5% SOL. INY. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 50 ML. ( 1 COT.)	C/U	\$ 0.60	\$ 9,000.00
	MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR			
	TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABIL DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA.			
	SOLICITUD: 778/2014, AM: 76/2014			
	USO: HOSPITALIZACION.			
	Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta			
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$11,240.00</b>

*15/07/14  
11:47 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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
15/7/14	\$ 11,240.00	54108	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

ADMINISTRACIÓN  
 DR. PÉDRO QUINTERO L.  
 SUBDIRECTOR, H.I.  
 I.V.P.M. No. 5

