



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

MINISTERIO DE SALUD  
 REPUBLICA DE  
**EL SALVADOR**  
 UNIDOS CRECEMOS TODOS

**ORDEN DE COMPRA No. 836**

FECHA: 12 SEPTIEMBRE DE 2014

SEÑORES:

**SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.**  
 2237-1613, 2237-1628, FAX: 2233-1648

NIT: 0511-080402-101-7

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
1,600	ALCOHOL PURO LITRO, PRESENTACION: BARRIL PLASTICO RETORNABLE ( 1 COT.)  MARCA: SURTIMEDIC, ORIGEN: EL SALVADOR.  TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABIL DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 855/2014, AM: 93/2014 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 indicndo el nombre y número de la cuenta.	C/LI	\$ 1.85	\$ 2,960.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,960.00</b>

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
17/9/14	\$2,960.00	54107	

17/9/14  
  
 ADMINISTRACION