



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



ORDEN DE COMPRA RPI-205

FECHA: 11 DE NOVIEMBRE 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

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	AGUA ESTERIL PARA INYECCION (AGUA DESTILADA), BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 1,000 ML. (3 COT.)	C/U	\$ 0.96	\$ 3,072.00
2,200	DEXTROSA AL 10% SOL. INY. I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 250 ML. (2 COT.) MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABIL DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: 1097,1085/2014, AM: 100,102/2014 USO: HOSPITALIZACIÓN. 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 vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	C/U	\$ 0.65	\$ 1,430.00
SO.			TOTAL...	\$4.502.00

Handwritten notes:
 Recibido 13/11/14
 1:04pm

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, factura 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
14/nov/2014	\$4,502.00	54108	<i>[Signature]</i>


[Signature]
 ADMINISTRACIÓN