



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

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

**ORDEN DE COMPRA No. 9**

FECHA: 22 DE ENERO DE 2015

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

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN DE 7:30 AM. A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3,200	ALCOHOL PURO LITRO, BARRIL PLASTICO RETORNABLE CONTENIDO 200 LITROS ( 6 COT.)  MARCA: DELMED, SURTIMEDIC. ORIGEN: EL SALVADOR,  TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  USO: HOSPITALIZACION, S/C: 13,14/2015; AM:06,07/2015  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 GAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 1.79	\$ 5,728.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$5,728.00</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	
	\$5,728.00	4107	<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i> ADMINISTRACIÓN



Dr. Hector Guillén  
 SUBDIRECTOR N.H. P.A.  
 22 DE ENERO DE 2015