



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



ORDEN DE COMPRA No. 97

FECHA: 17 DE FEBRERO 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	AGUA ESTERIL PARA INYECCIÓN (AGUA DESTILADA) BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 1000 ML. (4 COT.) MARCA: DELMED, ORIGEN, EL SALVADOR. TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA USO: HOSPITALIZACION, S/C) 255/2015, AM: 25/2015 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 DAVIVIENDA 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	\$ 0.92	\$ 2,944.00
SO.			TOTAL...	\$2,944.00

17/02/15 3:16 PM

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 LA ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
18/02/15	\$2,944.00	54108	<i>[Signature]</i>	 18/2/2015  ADMINISTRACIÓN