



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



**ORDEN DE COMPRA No. 98**

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 ENVIARNÓS 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
2,800	DEXTRÓSA AL 5% SOL. INY. IV. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 500 ML. (3 COT.)  MARCA: DELMED, ORIGEN, EL SALVADOR.  TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILDES 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 vía 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	\$ 0.65	\$ 1,820.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,820.00</b>

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS
- 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	
25/2/15	\$1,820.00	SE108		 25/2/2015  <b>ADMINISTRACIÓN</b>