

ORDEN DE COMPRA No. 545

FECHA: 25 DE JULIO DE 2016

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

NIT:

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
12	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 10% GARRAFA DE 5 LITROS (1 COT.) MARCA: CETRALON D.B. ORIGEN: EL-SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 1-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA USO: HOSPITALIZACION, S/C: 719/2016, AM: 75 /2016 Nota: Favor remitir quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcionen nota de CANCELACION FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les emita vía electrónica por el banco CREDITO CENTRAL indicándonos el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA QUE JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA	C/U	\$ 90.00	\$ 1,080.00
SO.			TOTAL...	\$1,080.00

NOTA: Señor 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	
09/8/16	\$1,080.00	SC107		10/8/2016  ADMINISTRACIÓN

