



ORDEN DE COMPRA RP-231

FECHA: 03 DE NOVIEMBRE 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

SIRVASE 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
2,400	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% SOL. INY. (V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 250 ML. (2 COT.))	C/U	\$ 0.70	\$ 1,680.00
36,000	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. INY. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 50 ML. (2 COT.) MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR, TIEMPO DE ENTREGA: 5-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA. S/C: 1060/2015, AM: 149/2015, USO: HOSPITALIZACION. 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 ENTIDAD 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	\$ 0.60	\$ 21,600.00
SO.			TOTAL...	\$23,280.00

2 Pags 04/11/15 11:55 AM

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	
05/11/15	\$23,280. ^{ms}	54108		