



ORDEN DE COMPRA RP-266

FECHA: 18 DE NOVIEMBRE DE 2015

SEÑORES:

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

NIT: 0511-080402-101-7

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
8,600	SOLUCION ELECTROLITICA EN AGUA DESTILADA CON NA, K, Ca, Y LACTATO (HARTMAN) SOLUCION INYECTABLE I.V. BOLSA O FRASCO FLEXIBLE DE 250 ML. (2 COT.) MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR, TIEMPO DE ENTREGA: 1,500 UNIDADES DE 1 A 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA, EL RESTANTE SE ENTREGARA LA PRIMERA SEMANA DE DICIEMBRE 2015 USO: HOSPITALIZACION, S/C: 1,103/2015, AM: 162/2015 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 cancelo via electrónica por el banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UPI JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 0.68	\$ 5,848.00
SO.			TOTAL...	\$5,848.00

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	
23/8/15	\$ 5,848.00	54108		