



ORDEN DE COMPRA RP-493 RP(1)

FECHA: 24 DE AGOSTO DEL 2012

SEÑORES: **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.**
TELEFONO: 2237-1613, 2237-1628, **NIT: 0511-080402-101-7**
FAX: 2237-1648

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,600	ALCOHOL PURO LITROS, VENC. NO MENOR DE 2 AÑOS	C/U	\$1.90	\$3,040.00
	MARCA: SURTIMEDIC, ORIGEN. EL SALVADOR			
	ENTREGA: 3-10 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.			
2 COTIZ.	S/C : 843/2012. 119/2012 ALMACEN DE MEDICAMENTOS			
	USO: SERVICIOS DE HOSPITALIZACION			
	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VÍA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.			
SO.			TOTAL...	\$3,040.00

*24/08/2012
9:30am*

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
24/Agosto/2012	\$ 3,040.00	54107	<i>[Signature]</i>


 24/8/2012

ADMINISTRACION