



ORDEN DE COMPRA No. RP 11

FECHA: 23 DE ENERO DEL 2017

SEÑORES: SURTIMEDIC, S.A. DE C.V. NIT:

TEL: 2237-1613 ó 2237-1628

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
18,000	<p>Nombre Genérico: DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% I.V. BOLSA 50ML.</p> <p>Nombre Comercial: DESTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. INYECTABLE I.V. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 50 ML C/U.</p>	C/U	\$ 0.59	\$ 10,620.00
	TOTAL.....			\$ 10,620.00
Mjrdh	<p>MARCA: DELMED TIEMPO DE ENTREGA: 1 - 3 DIAS HABILES FORMA DE PAGO: CREDITO 30 DIAS</p> <p>USO: SERVICIO DE HOSPITALIZACION S/C: No. 01- 002/2017</p>			

*2/23/17
 8:30 AM*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén
2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54108	\$10,620.00	23/1/17	<i>[Signature]</i>

[Signature]
 ADMINISTRACION



[Faint stamp]