



**ORDEN DE COMPRA RP-668**

FECHA: 27 DE NOVIEMBRE DE 2012

SEÑORES: **GAMMA LABORATORIES S.A. DE C.V.** NIT: 0614-140779-002-1  
**TELEFONO: 2236-3106 FAX: 2236-3199**

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:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TARRO X 400 GRAMOS, PROTEGIDO DE LA LUZ. ( 2 COT.)  MARCA: GAMMA ORIGEN: EL SALVADOR  S/C: 1071/12, No. 160/12, AM, USO: HOSPITALIZACION  TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA, LA ENTREGA SE HARA EN PRESENTACION HOSPITALARIA, TARRO COLOR BLANCO X 400 GRAMOS PROTEGIDO DE LA LUZ.  NOTA: PARA AGILIZAR EL PROCESO DE PAGO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE (UPI) NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA, ADEMAS TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO	C/U	\$9.00	\$900.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$900.00</b>

*27/11/12  
118 97269*

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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	
27/11/12	\$900.00	54108	<i>[Signature]</i>	27/11/2012 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN