



**ORDEN DE COMPRA RP-682**

FECHA: 29 DE NOVIEMBRE DEL 2012

**SEÑORES:** **SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.** **NIT: 0511-080402-101-7**  
**TELEFONO: 2237-1613, 2237-1628,**  
**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
12	CLORHEXIDINA 1.5% + CETRIMIDA 15%, GARRAFA DE 5 LITROS ( 1 COT.)	C/U	\$76.00	\$912.00 ✓
28	YODOPOVIDONA 10% JABON GARRAFA 3.75 LITROS (2 COT.)	C/U	\$17.00	\$476.00 ✓
8	GLUTARALDEHIDO AL 2%, GARRAFA DE 3.75% LITROS ( 1 COT.) MARCA: CETRALON, CETRALON DB, DERMODEX, ORIGEN: EL SALVADOR/ MEXICO ENTREGA: 1-8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA. S/C : 1130/2012, 177/2012 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 NEGESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.	C/U	\$20.00	\$160.00 ✓
<b>so.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,548.00</b> ✓

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	
30/11/12	\$1,548.00	54107	<i>[Signature]</i>	30/11/2012 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACION