

ORDEN DE COMPRA: No. 487 REPROG. 2

FECHA: 16 DE AGOSTO 2013

SEÑORES:

SURTIMEDIC, S.A DE C.V.

TEL.: 2237-1613, 2237-1628, FAX: 2237-1648

NIT: 0511-080402-101-7

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CRÉDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

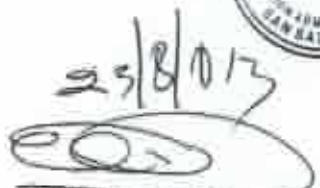
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,200	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% SOL. INYECTABLE I.V. BOLSA O FCO. PLASTICO FLEXIBLE DE 250 ML. (2 COT)	C/U	\$0.60	\$720.00
1,200	DEXTROSA +SODIO CLORURO (5+0.9) % SOL ELECT EN AGUA DESTILADA IV. BOLSA PLASTICA FLEXIBLE DE 1,000 ML. (2 COT)	C/U	\$0.94	\$1,128.00
	MARCA: DELMED, ORIGEN: EL SALVADOR			
	SOLICITUD: 279/2013, AM. 26/2013			
	USO: HOSPITALIZACION			
	Nota: Favor tramitar quedari 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 cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.			
SO.			TOTAL...	\$1,848.00

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. 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	
22/08/13	\$1848.-	5X108	<i>Alfonso</i> CP3449. H. YAGU	 22/8/13  ADMINISTRACIÓN