

ORDEN DE COMPRA No. 512

FECHA: 07 DE JULIO 2016

SEÑORES: **FALMAR, S.A DE C.V.**
TELÉFONO: 2270-0222 , FAX: 2270-1501
falmar@falmar.biz

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS HORARIO: 7:30 A 11:30 Y DE 1:30 A 3:PM

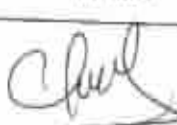

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
200	CLORHEXIDINA 4%, JABON GLUCONATO CLORHEXIDINA 4% , FCO. X 1 LITRO (1 COT.) MARCA: FALMAR . ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 555/2016, A/M: 58/2016 USO: HOSPITALIZACIÓN Nota: Favor tramitar quedan 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 vía electrónica por el Banco VIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 9.00	\$ 1,800.00
SO.			TOTAL...	\$1,800.00

SEÑOR 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	
07/7/16	\$1,800.00	555107		<p>07/7/2016 15:22pm</p>  ADMINISTRACIÓN