

## ORDEN DE COMPRA No. 543

FECHA: 25 DE JULIO 2016

**FALMAR, S.A DE C.V.**

SEÑORES:

TELÉFONO: 2270-0222 , FAX: 2270-1501

NIT:

**falmar@falmar.biz**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN 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
28	YODOPÓVIDONA 10% JABON, GARRAFA 3.75% LITROS, YODO-PAC JABON ( 3 COT.)  MARCA: FALMAR, ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 719/2016, A/M: 75/2016  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 CAJAVIENDA (Caja de Vigilancia Epidemiológica) autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA	C/U	\$ 12.00	\$ 336.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$336.00</b>

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	ESPECÍFICO	FIRMA	
09/8/16	\$336.00	54307		<p>09/8/2016</p>  <p>ADMINISTRACIÓN</p>