



## ORDEN DE COMPRA No. 602

FECHA: 21 DE JULIO 2015

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

SEÑORES:

TELEFONO: 2270-0222 , FAX: 2270-1501

NIT: 0614-310387-004-0

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
200	CLORHEXIDINA 4% FRASCO DE 1000 ML., CLORHERIDINA GLUCONATO JABON 4%, FCO. 1 LITRO, ( 1 COT.)  MARCA: FALMAR ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 5-20 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 520/2015, AM: 73/2015  USO: HOSPITALIZACION  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 via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	FCO.	\$ 10.00	\$ 2,000.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,000.00</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	ESPECIFICO	FIRMA	
21/7/15	\$ 2,000	54113		  ADMINISTRACIÓN