

## ORDEN DE COMPRA No.36

FECHA: 21 DE ENERO 2016

**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
37	YODOPOVIDONA 10% SOL. GARRAFA 3.50 LITROS, YODO-PAC SOLUCION 10% ( 2 COT.)	C/LI	\$ 22.00	\$ 814.00 ✓
7	METADONA HLC 10 MG. TABLETA RANURADA ORAL EMP. PRIM. IND. ( 2 COT.)	CTO.	\$ 55.00	\$ 385.00 ✓
<p>MARCA: FALMAR , ORIGEN: EL SALVADOR</p> <p>TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA</p> <p>SOLICITUD: 907/2016, A/M: 08/2016</p> <p>USO: HOSPITALIZACION</p> <p>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.</p>				
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1,199.00</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	
27/1/16	\$1,199. <sup>00</sup>	54108		  <b>ADMINISTRACIÓN</b>