

ORDEN DE COMPRA No. 601

FECHA: 09 DE SEPTIEMBRE 2016

FALMAR, S.A DE C.V.

SEÑORES:

TELEFONO: 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 |
|------------|---|------|-----------------|-----------------|
| 100 | CLORHEXIDINA 4% FRASCO DE 1000 ML. , JABON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4% (3 COT.) MARCA: FALMAR , ORIGEN: EL SALVADOR TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 775/2015, AM: 82/2016 USO: HOSPITALIZACION Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de factures 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 ESTÁ ORDEN DE COMPRA. | C/U | \$ 9.00 | \$ 900.00 |
| SO. | | | TOTAL... | \$900.00 |

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 | |
|---------|-----------|------------|---|--|
| 13/9/16 | \$ 900.00 | 54107 |  | <p>13/9/2016</p>  ADMINISTRACIÓN |