

## ORDEN DE COMPRA No. 632

FECHA: 07 DE NOVIEMBRE 2016

**SEÑORES:** **FALMAR, S.A DE C.V.** **NIT:**  
**TELEFONO: 2270-0222 , FAX: 2270-1501**  
**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
1,200	CLORHEXIDINA 4% FRASCO, JABON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4% , CON VALVULA DISPENSADORA ( 2 COT.)  MARCA: FALMAR , ORIGEN: EL SALVADOR  TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA  SOLICITUD: 836/2016. AM: 86/2016  USO: HOSPITALIZACION  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto	C/U	\$ 9.00	\$ 10,800.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$10,800.00</b>

D. 22/11/16 10:17 AM

**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 al número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
10/11/16	\$10,800.00	54107		 ADMINISTRACIÓN