



**ORDEN DE COMPRA No. 997**

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DEL 2014

**CELLFOOD, DE CENTRO AMERICA, S.A DE C.V.**

SEÑORES:

**TELEFONO: 2264-0318,**

**NIT: 0614-161208-107-1**

**ventaselfoodcentroamerica@hotmail.com**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

DESPACHAR A:

ALMACÉN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
194	<p>CLORHEXIDINA 4% ESPUMA, JABON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4% ACTIVADO CON PEDAL, Y DISPENSADO EN ESPUMA, ENVASE DE 1 LITRO (1,000 ML.) CON MECANISMO ACCIONADO CON BOMBA A PISO O PEDAL, Y SISTEMA DE FIJACION A PARED, FCO. CON SELLO DE FABRICA ( 1 COT.)</p> <p>MARCA: FOAM SAFE, ORIGEN: USA</p> <p>USO EN: HOSPITALIZACION</p> <p>SOLICITUD DE COMPRA : 1,122 /2014, AR: 105/2014</p> <p>ENTREGA: INMEDIATA DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</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 proporcione en la unidad financiera, nota autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.</p>	C/U	\$ 17.50	\$ 3,395.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$3,395.00</b>

NOTA: 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	
26/11/14	\$3,395.00	54107		  ADMINISTRACIÓN