



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TELEFONO: 2132-6890, FAX:2132-6891



## ORDEN DE COMPRA RP-166

FECHA: 09 DE OCTUBRE DE 2015

**SEÑORES: CELLFOOD DE CENTRO AMERICA, S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-161208-107-1**  
**TELEFONO: 2264-0318**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: 7:30 A.M A 11:30 AM, Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	JABON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4% ACTIVADO CON PEDAL Y DISPENSADO EN ESPUMA, ENVASE DE 1 LITRO (1000 ML.) 1 COT.)  MARCA: FOAM SAFE, ORIGEN: USA  TIEMPO DE ENTREGA: 50 LITROS EN 15 DIAS EL RESTO 30 DIAS DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 797/2015, A/M: 115/2015 USO: HOSPITALIZACION  <small>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 el Hospital para que se les cancelo 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.</small>	C/U	\$ 21,00	\$ 2,100.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,100.00</b>

09/10/15  
11:42 AM

**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	
12/10/15	\$2,100.00	54107		 <span style="font-size: 2em; font-family: cursive;">13/10/2015</span>  <b>ADMINISTRACION</b>