



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



ORDEN DE COMPRA RP-267

FECHA: 20 DE NOVIEMBRE 2015

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

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
300	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: 15 DIAS DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA SOLICITUD: 1,088/2015; AM: 158/2015 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 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.</small>	C/U	\$ 21.00	\$ 6,300.00
SO.			TOTAL...	\$6,300.00

Recibido 20/11/15 2:11pm

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	
23/11/15	\$6,300.00	54107		

ADMINISTRACIÓN

Dr. Director Guillermo Lara Torres
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.
 I.P.M. No. 1876