



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



ORDEN DE COMPRA RP-475 (RP-1)

FECHA: 21 DE AGOSTO DEL 2012

SEÑORES: **CELLFOOD DE CENTRO AMERICA S.A. DE C.V.** NIT: 0614-161208-107-1
 TELEFONO: 2264-0318, FAX: 2263-5783

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	JABÓN GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4% SOLUCION ACUOSA PARA DISPENSACION EN ESPUMA POR SISTEMA CERRADO PRESENTACION DE 1 LITRO (2 COT.) MARCA: FOAM SAFE, ORIGEN: USA TIEMPO DE ENTREGA: 8 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. SOLICITUD: B25/2012, AM 117/2012, USO HOSPITALIZACION NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO NOS PROPORCIONE NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VÍA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.	C/U	\$35.00	\$3,500.00
SO.		TOTAL...		\$3,500.00

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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
22/8/12	\$3,500	54107	<i>[Signature]</i>
			22/8/2012 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN