



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



**ORDEN DE COMPRA 273 REFUERZO**

FECHA: 25 DE OCTUBRE DEL 2012

**SEÑORES: FALMAR, S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-310387-004-0**  
**TELEFONO: 2270-0222, FAX:2270-1501**

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

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	CLORHEXIDINA 4%, (JABON DE CLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4%) 3 COT.	C/U	\$11.50	\$1,150.00 ✓
4	CLORHEXIDINA AL 5% (CLORHEXISOL SOLUCION), GARRAFA POR 5 LITROS. 1 COT.  MARCA: FALMAR ORIGEN: EL SALVADOR  SOLICITUD: 945/2012. USO: HOSPITALIZACION	C/U	\$32.00	\$128.00 ✓
<b>SO.</b>	<b>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 VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.</b>	<b>TOTAL..</b>		<b>\$1,278.00 ✓</b>

*Handwritten notes:*  
 25/10/12  
 2 = 13,903

NOTA. Sr. 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
26/10/2012	\$ 1,278.-	54107	<i>[Signature]</i>

26/10/2012  
  
 ADMINISTRACIÓN

