



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

Ministerio de Salud



**ORDEN DE COMPRA RP-597**

FECHA: 03 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  
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10	OXICODONA + ACETAMINOFEN 5 MG/325 MG. (1 COT.)  MARCA: MALLINCKRODT, COVIDEN , ORIGEN: USA  SOLICITUD: 041/2012, A/M, 130/12- 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 VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.	C/U	\$88.00	\$880.00 ✓
<b>SO.</b>		<b>TOTAL...</b>		<b>\$880.00</b>

*Handwritten signature and date: 4/10/12*

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	
04/10/12	\$880.00	54108	<i>Handwritten signature</i>	<p>4/10/2012</p> <p><i>Handwritten signature</i></p> <p>ADMINISTRACIÓN</p>