



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



ORDEN DE COMPRA RP-681

FECHA: 29 DE NOVIEMBRE 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
4	CLORHEXIDINA 5%(CLORHEXISOL) (1 COT.) GARRAFA X5LITROS.	C/U	\$40.00	\$160.00 ✓
100	CLORHEXIDINA 4%, JABON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% (2 COT.) FRASCO X 1 LITRO	C/U	\$9.00	\$900.00 ✓
	MARCA: FALMAR ORIGEN: EL SALVADOR			
	TIEMPO DE ENTREGA: 5-15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.			
	SOLICITUD: 1130/2012, A/M, 17712 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.			
SO.		TOTAL...		\$1,060.00 ✓

Handwritten notes:
 30/11/12
 10:10:44

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	
30/11/12	\$1,060.00	541107	<i>[Signature]</i>	30/11/2012 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN