



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.**  
**TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891**



**ORDEN DE COMPRA No.RP-123**

**FECHA:** 09 DE ABRIL DE 2018  
**SEÑORES:** FALMAR S.A DE C.V **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO **TEL: 2270-0222** **FAX: 2270-1501**  
**DESPACHAR A:** ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.  
**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	CLORHEXIDINA 4% FRASCO DE 1000 ML.  CLORHEXIDINA JABÓN LÍQUIDO 4%, GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 4%  MARCA: FALMAR ORIGEN: EL SALVADOR VENCIMIENTO: NO MENOR DE 18 MESES.	C/U	\$9.00	\$900.00 ✓
	TOTAL .....			<u>\$900.00</u>
	ENTREGA: 5 A 15 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización			
N°cotiz. 1 Solic. 16-402-2018 oeli./	NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*Proveedor 09/04/18 10:26pm*

**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	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
09/04/18	<i>[Firma]</i>	\$900.00	54107	 <i>9/4/18</i> <b>ADMINISTRACIÓN</b>