

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE COMPRAS PUBLICAS

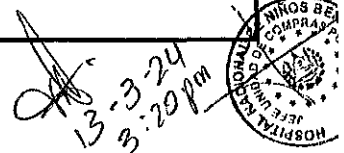
Lugar y fecha:	San Salvador, 11 de marzo de 2024		Nº ORDEN:	CD-20-1
NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA SUMINISTRANTE:			NIT y/o NCR:	
FALMAR,S.A DE C.V TEL. 2270-0222 EXT 122				
CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
40	LITRO	FORMALDEHIDO O FORMOL O FORMALINA (HCHO) SOLUCIÓN NO MENOR AL 37%, GRADO REACTIVO, ACS, BIDÓN HERMÉTICO RESISTENTE (20-25) LITROS; OFRECEMOS: FORMALDEHIDO ESPECIAL III, GARRAFA X 4 LITROS. Marca: JT BAKER/MACRON Origen: USA, MEXICO, OTROS Plazo de entrega: 90 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA	\$25.00	\$1,000.00
60	LITROS	XILENO O XILOL O DIMETILBENCENO (C8H10), GRADO REACTIVO, BIDÓN HERMÉTICO Y RESISTENTE (DE 20 A 25 LITROS); OFRECEMOS: XILOL AR, GARRAFA X 4 LITROS Marca: JT BAKER/MACRON Origen: USA, MEXICO, OTROS Plazo de entrega: 30 DÍAS CALENDARIO DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.	\$26.00	\$1,560.00
TOTAL US \$:				\$ 2,560.00

DOS MIL QUINIENTOS SESENTA DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

MARCA:	DE ACUERDO A CADA ITEM
ORIGEN:	DE ACUERDO A CADA ITEM
VENCIMIENTOS:	NO MENOR A 12 MESES
OBSERVACIONES:	PRECIO INCLUYE IVA
LUGAR DE ENTREGA:	ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS Y ALMACEN DE INSUMOS MÉDICOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.
TIEMPO DE ENTREGA:	DE ACUERDO A CADA ITEM

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1 54113 CF 070

Dr. Werner Heriberto Rosales López
Director en Funciones



Datos del Administrador de la Orden de Compra

Nombre: Dra. Ana Concepcion Guadalupe Polanco Anaya

TELEFONO:	2132-6967 o al 2133-3114	CORREO:	anacon.polanco@salud.gob.sv	
NOMBRE DE TECNICO UCP	Oscar Eduardo Linares Interiano	Tel. y Ext.	2132-6890	1857

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

ORIGINAL: SUMINISTRANTE COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD FINANCIERA COPIA: UCP	 FIRMA PROVEEDOR	FATMAR. S.A. de C.V SELLO PROVEEDOR
---	---	---

Nombre Completo de quien retira la O d C	Julio César Hernández Díaz	
--	----------------------------	--

Fecha:	12-03-2024	Hora: 2:41
--------	------------	------------