



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RPI-377

FECHA: 25 de Noviembre del 2014

Tel: 2566-1124 / Fax: 2556-9853

SEÑORES: CAD MEYER, S.A. DE C. V

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 8 | Cemento de Ionometro de Fotocurado Marca: 3M, Vitrebond, Origen: USA Total..... | c/u. | \$ 75.00 | \$ 600.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 0614-080290-101-0 Tiempo de entrega: Inmediata Uso en: Servicios de Odontología S/C: 961 | | | \$ 600.00 |

Handwritten notes:
 25/11/14
 \$ 23m

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**

4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|-----------|----------|--------------------|
| 54113 | \$ 600.00 | 26/11/14 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Handwritten: 26/11/2014
Stamp: ADMINISTRACION