



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



**ORDEN DE COMPRA No. RP-75**

FECHA: 24 DE AGOSTO DE 2015  
 SEÑORES: ERAZO LOZANO S.A. DE C.V. (ERLO, S.A. DE C.V.) NIT: 0614-060196-101-4  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TE. 2101-5628 FAX. 2130-7590  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS EN HORARIO DE 7:30 AM A 1:30PM A 11:30 AM 3:00PM  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	EXPRIMIDOR DE JUGOS, MARCA: SKYMSSEN (3 COTZ.)	C/U	\$ 840,00	\$ 840,00
1	LICUADORA ELECTRICA DE 8 LITROS, MARCA: SKYMSSEN (2 COTZ.)	C/U	\$ 1.390,00	\$ 1.390,00
	ENTREGA: 30 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA			
	SOLIC. 36/2015.			
	USO EN: ALIMENTACION Y DIETAS			
RM			TOTAL.....	\$ 2.230,00

*Handwritten notes:*  
 28/08/15  
 103484

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar el número de la Orden de compra.

5r. Proveedor para agilizar el pago será necesario entregar en la oficina de la Unidad Financiera Institucional (UFI) nota autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de cuenta.

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

COMPROMISO PRESUPUESTARIO N°	ESPECIFICO	VALOR	FECHA Y FIRMA	ADMINISTRACIÓN
	61102	\$2,230. <sup>00</sup>	26/8/15 <i>[Signature]</i>	 26/8/2015 <i>[Signature]</i>