



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 546
 FECHA: 13 de Julio del 2015
 SEÑORES: **SUPLIDORES DIVERSOS, S.A DE C.V.** Tel: 2235-5700 /Fax: 2280-0337
 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 |
|-----------------|---|------|-----------------|--------------|
| 32,000 | Gorros para enfermera, descartable (Color Verde) Marca: Evergrand Origen: China Total..... | c/u. | \$ 0.03 | \$ 960.00 |
| AR. 2 cotiz. | NIT: 0614-01467-001-2 Vencimiento: No aplica Tiempo de entrega: 3 días Hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-50 | | | \$ 960.00 |

*13/07/015
3:33pm*

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 |
|------------|---------|---------------|--------------------|
| 54/13 | \$960.- | 14/Julio/2015 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



14/7/2015

[Signature]
 ADMINISTRACION