



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP- 119

FECHA: 10 DE SEPTIEMBRE DE 2015

SEÑORES: NEUCASA, DE C.V. TEL. 25218484

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

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS 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
4	Llantas Firestone medida 700R16 diseño transforce at	e/u	\$160.00	\$640.00
4	Llantas bridgestone medida 225/70R15 C diseño R623	e/u	\$140.00	\$560.00
4	Llantas Firestone medida 205R14C diseño CV3000	e/u	\$130.00	\$520.00
4	Llantas brdgestone medida 205R16C diseño Dueler at	e/u	\$150.00	\$600.00
Total.....				<u>\$2,320.00</u>

NIT: 0614-010905-102-9
 Tiempo de entrega: Inmediata
 Uso : Transporte vehiculos del Hospital
 S/C: 804

Roch
2-c-

11/09/2015 10:00 am

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
- 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.

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
54109	\$ 2,320.00	10/9/15	<i>[Signature]</i>

11/9/2015

[Signature]

ADMINISTRACION