



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP- 201

FECHA: 21 de Octubre de 2015

SEÑORES: STB COMPUTER S.A. DE C.V. NIT.0614-111204-101-4 TEL 2121 8104

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	LICENCIAS T5D-01634 MS OFFICE H&B 2013 SPA CCA NO/MICROSOFT EXCEL MICROSOFT OUTLOOK MICROSOFT POWERPOINT, MICROSOFT WORD MICROSOFT ONENOTE Entrega. 3 días hábiles USO. Almacén de Medicamentos : 1 Licencia U.A.C.I : 2 Licencias Unidad de Planificación : 1 Licencia	c/u.	\$214.70	<u>\$858.80</u>
Roch	S/C: 744, 809 , 856			
2-c-				

Handwritten notes:
 20/10/15
 10:52 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

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
61403	\$858.80	26/10/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



Handwritten date: 26/10/2015

Handwritten signature and stamp: ADMINISTRACION