



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



**ORDEN DE COMPRA**

(Reposición por Lugar de Despacho )

Nº RP-280

FECHA: 24 de Noviembre del 2015

SEÑORES: GRUPO DH, S.A. DE C.V.

Tel:/ Fax: 7247-1379

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

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTO : 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	Cajas de Anestesia al 3% Marca: Unipharm Internacional Contenido 50 cartuchos de vidrio con 1.8 ml.	c/u.	\$ 27.47	\$ 219.76
10	Cajas de Anestesia al 2 % Marca: Unipharm Internacional Contenido 50 cartuchos de vidrio con 1.8 ml.	c/u.	\$ 23.85	\$ 238.50
	Total.....			\$ 458.26
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-210314-107-0 Vencimiento: Marzo 2017 Tiempo de entrega: <b>Inmediata</b> Uso en: Servicio de Odontología S/C: 933			

*Handwritten note:* 01/12/15 2:58 PM

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
54108	\$458.26	01/12/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



*Handwritten date:* 2/12/2015

*[Handwritten Signature]*  
 ADMINISTRACION