



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



ORDEN DE COMPRA

№ 854 REPOSICION POR MONTO TOTAL

ECHA: 19 DE Octubre de 2015

SEÑORES: NOE ALBERTO GUILLEN NIT. 0904-041256-0016 TEL. 2209 07 07

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

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPECHAR 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
6	Cajas de 6 rollos papel para Fax rollo de 25 metros marca Kores (1-C-)	c/u	\$8.70	\$52.20
36	Cinta de 1/2 x 25 yardas cristalina (1-C-)	c/u	\$0.13	\$4.68
1.020	Folder tamaño oficio (2-C-)	c/u	\$0.05	\$51.00
20	Rollos Papel engomado de 2 1/2 pulgadas (1-C-)	c/u	\$2.65	\$53.00
	Entrega: 2 días hábiles:			
	S/C 965.y 995,			
roch				\$ 160.88

Handwritten signature and date: 28/10/15

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
54105	\$ 160.88	28/10/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



Handwritten date: 29/10/2015

[Handwritten Signature]
 ADMINISTRACION