



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 867

FECHA: 22 DE OCTUBRE DE 2015

SEÑORES: MARIA GUILLERMINA AGUILAR JOVEL NIT. 1006-12065400-4 TEL. 2272 10 51

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 |
|--------------|---|-----|-----------------|--------------|
| 720          | JABON DE TOCADOR DE 70 GR. BLANCO MARCA OLE<br><br>ENTREGA. 1 A 15 DÍAS<br><br>S/C 743<br><br>USO. SERVICIOS DE CONTRATO. | C/U | \$0.23          | \$ 165.60    |
| ROCH<br>1-C- |   |     |                 |              |

*2 pases 22/10/15  
113 FPA*

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       |
|------------|-----------|----------|-------------|
| 54107      | \$ 165.60 | 23/10/15 | <i>Ched</i> |
|            |           |          |             |
|            |           |          |             |
|            |           |          |             |
|            |           |          |             |



*26/10/2015*  
  
 ADMINISTRACION