



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 199

FECHA: 12 DE FEBRERO DE 2016

SEÑORES: ALMACENES PACIFICO JORGE PACIFICO HASBUN, S.A. DE C.V. NIT. 0614-200363-001-8 TEL. 2246 80 00

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 |
|----------|--|-----|-----------------|--------------|
| 100 | FRAZADAS DE TELA POLAR FLEECE MEDIDAS 59"X45" SIN LOGO ORIGEN EL SALVADOR. Entrega. 15 DIAS HABILES S/C 221 USO. LAVANDERIA | c/u | \$ 6.49 | \$649.00 |
| ROCH | | | | |
| 4-C- | | | | |

RECIBIDA
 17/02/16
 2:30 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 |
|------------|-----------|---------|--------------|
| 54104 | \$ 649.00 | 19/2/16 | <i>Chuel</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



22/2/2016

[Signature]
 ADMINISTRACION