



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 241
 FECHA: 29 DE FEBRERO DE 2016
 SEÑORES: R.R. DONNELLEY DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. NIT. 0614 020262-001-5 TEL. 2297-9454
 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.
 DIRIVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
12	CAJAS DE 2000 HOJAS IDENTIFICACION DE PACIENTES .CÓD. 8030044A FORMULARIO PARA IDENTIFICACION DE PACIENTES MEDIDA : 9 1/2" x 11" PAPEL . LEDGER B-24 90 GRS IMPRESIÓN . FORMA CONTINUA 1 TINTA ZUL ACABADO : PERFORACION HORIZONTAL TOTAL ENTREGA. 21 DIAS HABILES S/C 071 USO. Varios Servicios	C/U	\$56.50	\$678.00

ROCH
2-C-

14/03/16 9:30pm

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

- Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén
- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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
54114	\$ 678.00	15/3/16	<i>[Signature]</i>

16/3/2016

[Signature]

ADMINISTRACION