



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 300  
 FECHA: 15 de MARZO DE 2016  
 SEÑORES: MARIA ANGELA LEON LOPEZ NIT.04050702751014 TEL. 2222 90 40  
 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
9,400	PAQUETES DE CUCHARITAS PARA POSTRE MARCA VARIEDAD DE MARCAS, ORIGEN : EL SALVADOR PRESENTACION: PAQUETE DE 25 UNIDADES  1º Entrega. 5000 paquetes de 25 unidades 4 de abril  2º Entrega 4,400 paquetes de 25 unidades 2 de Mayo  S/C 240  USO. ALIMENTACIÓN Y DIETAS	C/U	\$ 0.23	<u>\$2,162.00</u>
ROCH 2-C-				

*Handwritten notes:*  
 2 paquetes  
 16/03/16  
 8:45 AM

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**

- 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
54107	\$2,162.00	16/3/16	<i>[Handwritten Signature]</i>



*Handwritten date:* 17/3/2016

*Handwritten signature:*

ADMINISTRACION