



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP 05

FECHA: 08 DE FEBRERO DE 2016

SEÑORES: D 'OFFICE,S.A. DE C.V. NIT. 9615191277-101-0 TEL. 2274 16 40 2504 90 59

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
1	Refrigeradora de 12 pies, sistema Inverter, control de humedad, Tres repisas de cristal templado con una de ellas deslizable, amplio cajón de vegetales, compartimiento ajustable en la puerta, múltiple flujo de aire. Color blanco, Modelo LG Marca LG . Garantía un año por desperfectos de fábrica. Entrega .Máximo 3 días S/C 065	C/U	\$ 635.00	\$635.00
3-C-ROCH	USO, EMERGENCIA TORRE			

Handwritten signature and date: 11/02/16 10:40 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

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
61102	\$ 635.00	11/2/16	<i>Handwritten signature</i>

Handwritten date: 12/2/16
Handwritten signature
ADMINISTRACION