



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TEL. 2132-6952 FAX 2132-6891



## ORDEN DE COMPRA No. RP- 146

FECHA: 27 DE SEPTIEMBRE DE 2016  
 SEÑORES: **INDUSTRIAS CARICIA, S.A. DE C.V.** NIT:  
 FORMA DE PAGO: CREDITO TE. 2251-7000 FAX. 2251-7038  
 FACTURAR A NOMBRE DE: **HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
 DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS EN HORARIO DE 7:30 AM A 1:30PM A 11:30 AM A 3:00PM  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD       | DETALLE   | U.M.  | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL     |
|----------------|---|-------|-----------------|------------------|
| 23             | ZAPATILLA DE VESTIR DE AMARRAR PARA CABALLERO, PEIL 100% NATURAL DE RES, SUELA PVC PEGADA Y COSIDA (TALLAS DEL 34 AL 44) ESTILO 43293-71, MARCA: TRUCK. | PARES | \$ 21,99        | \$ 505,77        |
|                | 13- Ordenanzas y Auxiliares de Servicios<br>4- Personal Masculino de Arsenal<br>5- Alimentación y Dietas<br>1- Fórmulas Lácteas                         |       |                 |                  |
|                | ENTREGA: 15 DIAS DESPUÉS DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.   |       |                 |                  |
|                | SOLIC. 330, 342,341/16  |       |                 |                  |
| 3 COTIZ.<br>RM | USO EN: SEGURIDAD OCUPACIONAL DE PERSONAL.  |       |                 |                  |
|                | TOTAL.....  |       |                 | <b>\$ 505,77</b> |

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

Sr. Proveedor para agilizar el pago será necesario entregar en la oficina de la Unidad Financiera Institucional (UFI) nota autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de cuenta.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

| COMPROMISO PRESUPUESTARIO N° | ESPECIFICO | VALOR     | FECHA Y FIRMA | ADMINISTRACION     |
|------------------------------|------------|-----------|---------------|--------------------|
|                              | 54104      | \$ 505.77 | 10/10/16<br>  | 10/10/2016<br><br> |