



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 1

FECHA: 06 DE ENERO DEL 2017.

SEÑORES: FORMULARIOS STANDARD, S.A. DE C.V. NIT,

TEL. 2525 35 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
24	HOJA DE IDENTIFICACION DE PACIENTES, PRESENTACION CAJA X 2,000 HOJAS.	C/U	\$ 48.00	\$ 1,152.00
	6 CAJAS DE INMEDIATO Y 18 CAJAS EL 15 DE FEBRERO DEL 2017. 1 (COTIZ.)			
	TOTAL			\$ 1,152.00
	TIEMPO DE ENTREGA: 15 DIAS HABILES			
Mjrdh	USO: DOCUMENTOS MEDICOS S/C: 003			

Handwritten note: 09/01/2017 1:30pm

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
54105	\$ 1,152.00	09/01/17	<i>[Signature]</i>

Handwritten date: 9/1/2017



Handwritten signature:

ADMINISTRACION