



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR,, EL SALVADOR, C. A.**  
**TEL. 21326890 FAX 21326891**

**URGENTE**

**ORDEN DE COMPRA**

**N° RP 845**

FECHA : 21 de Diciembre -2012

SEÑORES : MARIA ANGELA LEON LOPEZ. NIT. 0405-070275-101-4 TEL. 2222 90 40 Y 2276 34 83

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
25	BOLSAS LECHE SEMIDESCREMADA, DELACTOSADA BOLSA DE 400 GRS. MARCA. DOS PINOS. ORIGEN. CENTROAMERICANO HECHO: EN COSTA RICA. S/C 1,142	C/U	\$4.90	<u>\$122.50</u>
ROCH	USO . FORMULAS LACTEAS			
1 C-	Sr. Proveedor tramitar quedan inmediatamente que entregue el producto. (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 HSBC indicando el Nombre y Número de la Cuenta.			

*Handwritten notes:*  
 21/12/12  
 9:10 AM

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. 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.

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

SPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54101	\$122.50	21/12/12	<i>[Signature]</i>



*Handwritten date:* 21/12/12

*Handwritten signature:*  
**ADMINISTRACION**