



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



ORDEN DE COMPRA

REPOSICION POR ERROR EN FECHA DE AUTORIZACION

No. RP 10
 FECHA: 24 DE ENERO DEL 2018
 SEÑORES: **TOM ALBERTO HERNANDEZ CHAVEZ** NIT: TEL: 2235-9396
 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 3:30 P.M.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
500	ELABORACION DE FOLDERS, IMPRESOS EN CARTULINA MANILA A UNA TINTA TAMAÑO OFICIO 8.5 X 13" CERRADO. CON MEMBRETE. GARANTIA: NOS COMPROMETEMOS A REPONER TODO PRODUCTO DEFECTUOSO POR DEFECTO DE FABRICACION. (2 Cotiz.)	C/U	\$ 0.19	\$ 95.00
	TOTAL.....			\$ 95.00
	USO: RECURSOS HUMANOS PARA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE EXPEDIENTES DE PERSONAL. No. S/C: 11 TIEMPO DE ENTREGA: 7 DIAS HABILES DESPUES DE APROBADO ARTE			

Handwritten: 05/02/18 2:47pm

Mjrdh

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

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54313	\$95.00	06/2/18	<i>[Signature]</i>

Handwritten: 6/2/18

Handwritten signature



ADMINISTRACION