



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP 45

FECHA: 05 DE FEBREKO DEL 2018

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

TEL. 2525-3500

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	HOJAS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES, PRESENTACION CAJA X 2,000 HOJAS. (1 Cotiz)	C/U	\$ 44.54	\$ 1,068.96
	TOTAL			\$ 1,068.96
	USO: DOCUMENTOS MEDICOS S/C: 009			
Mjrdh	TIEMPO DE ENTREGA: 17 DIAS HABILDES DESPUES DE FIRMADO ARTE FINAL			

Handwritten note: 05/02/018 12:16 pm

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
54313	\$ 1,068.96	05/2/18	<i>[Signature]</i>

Handwritten date: 6/2/018

Handwritten signature: [Signature]
ADMINISTRACION

