



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

**ORDEN DE COMPRA**

N° RP 99

FECHA: 01 DE MARZO DEL 2018

SEÑORES: ACOACEIG DE R.L NIT.

TEL. 2234-8500

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.

ŚÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD   | DETALLE   | U.M   | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL         |
|--|---|-------|-----------------|----------------------|
| 144  | PAPEL BOND BASE 20 TAMAÑO CARTA, COLOR AMARILLO<br>MARCA: EMPAQUE SIN MARCA<br>( 2 Cotiz) | RESMA | \$ 4.75         | \$ 684.00 ✓          |
| 240  | PAPEL BOND BASE 20 TAMAÑO CARTA, COLOR ROSADO<br>MARCA: EMPAQUE SIN MARCA<br>( 2 Cotiz)   | "     | \$ 4.75         | \$ 1,140.00 ✓        |
| 168  | PAPEL BOND BASE 20 TAMAÑO CARTA, COLOR VERDE<br>MARCA: EMPAQUE SIN MARCA<br>(2 Cotiz)     | "     | \$ 4.75         | \$ 798.00 ✓          |
| 60   | PAPEL BOND BASE 20 TAMAÑO CARTA, COLOR CELESTE<br>MARCA: EMPAQUE SIN MARCA<br>(2 Cotiz)   | "     | \$ 4.75         | \$ 285.00 ✓          |
| <b>TOTAL.....</b>  |   |       |                 | <b>\$ 2,907.00 ✓</b> |
| <p>USO: EN IMPRESIONES Y REPRODUCCIONES<br/> S/C: 185<br/> <b>TIEMPO DE ENTREGA: 12 AL 16 DE MARZO DEL 2018.</b></p> |   |       |                 |                      |

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**

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      | \$ 2,907.00 | 01/3/18 |       |
|            |             |         |       |
|            |             |         |       |
|            |             |         |       |
|            |             |         |       |

11/3/18

ADMINISTRACION

