



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

ORDEN DE COMPRA

° RP 108

ECHA: 16 DE MARZO DEL 2018

ÑORES: NOE ALBERTO GUILLEN NIT.

TEL. 2263-6363

ACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

ORMA DE PAGO: CREDITO

ESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

ÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----------|---|-----|-----------------|--------------|
| 4,800 | FOLDER TAMAÑO OFICIO CORRIENTE SIN MARCA ORIGEN: VARIOS PAISES | C/U | \$ 0.05 | \$ 240.00 |
| | GARANTIA DE 6 MESES POR DESPERFECTO DE FABRICA VENCIMIENTO NO APLICA. (2 Cotiz) | | | |
| | TOTAL..... | | | \$ 240.00 |
| | USO: EN TODO EL HOSPITAL S/C: 056 | | | |
| | TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES | | | |

Handwritten notes:
 9° Cotiz
 16/3/18
 9° STAM

Mjrdh
 Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:
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.
- INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA
- ota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera
- ota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y
- úmero de la cuenta

| ESPECIFICO | VALOR | FECHA | FIRMA |
|------------|----------|---------|--------------------|
| 54105 | \$240.00 | 16/3/18 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

16/3/18
[Signature]
 ADMINISTRACION

