



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891



ORDEN DE COMPRA NO. 310 (CNRT)
REPOSICION POR EL LUGAR A DESPACHAR

FECHA: 08 DE AGOSTO DEL 2018
 SEÑORES: MULTISERVICIOS FERRAQUE SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2517-5638 FAX. CORREO: Herberth.ramirez@ferraque.com.sv
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MANTENIMIENTO HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00P.M.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------------------|--|------|-----------------|--------------|
| 2 | CAJAS DE REGISTRO 8X6X4 | C/U | \$ 5.83 | \$ 11.66 |
| 2 | CAJAS DE REGISTRO OCTAGONALES CON TAPADERA | C/U | \$ 0.93 | \$ 1.86 |
| 200 | TORNILLOS TABLA ROCA DE 1" | C/U | \$ 0.09 | \$ 18.00 |
| 200 | ANCLAS VERDES DE 1/4 | C/U | \$ 0.57 | \$ 114.00 |
| 1 | ALAMBRE GALVANIZADO No. 16 | C/U | \$ 1.30 | \$ 1.30 |
| 15 | CONECTORES RECTOS PARA TECNODUCTO DE 3/4 CON ROSCA Y TUERCA | C/U | \$ 1.78 | \$ 26.70 |
| 10 | CONECTORES RECTOS PARA TECNODUCTO DE 1" CON ROSCA Y TUERCA | C/U | \$ 4.86 | \$ 48.60 |
| 1 | CINTA AISLANTE 19MM X 20 YARDAS ROLLO | C/U | \$ 2.02 | \$ 2.02 |
| TOTAL..... | | | | \$ 224.14 |
| ENTREGA: 2 - 4 DIAS HABILES | | | | |
| Solic. 479 | USO: CENTRO NACIONAL DE RADIOTERAPIA | | | |
| Cotiz. 1 | | | | |
| Mjrdh | NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO | | | |

Handwritten notes:
 16/08/18
 2:31pm

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA 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
 Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

| FECHA | FIRMA | VALOR | ESPECIFICO |
|----------|--------------------|----------|------------|
| 17/08/18 | <i>[Signature]</i> | \$224.14 | 54118 |
| | | | |
| | | | |



Handwritten: 17/8/2018
[Signature]
 ADMINISTRACIÓN