



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



ORDEN DE COMPRA NO. 706 (CNRT)

FECHA: 17 DE OCTUBRE DEL 2018
SEÑORES: LAUREL S.A. DE C.V. NIT:
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2246-3804 FAX.
DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS 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
10	PERFORADORAS MEDIANOS (PARA 25 HOHAS) MARCA: STUDMARK (2 COTIZ.)	C/U	\$ 3.15	\$ 31.50
30	BOLIGRAFO DESCARTABLE COLOR NEGRO MARCA: STUDMARK (2 COTIZ.)	C/U	\$ 0.15	\$ 4.50
30	DISPENSADOR DE CINTA ADHESIVA PARA ESCRITORIO MARCA: STUDMARK (2 COTIZ.)	C/U	\$ 1.32	\$ 39.60
15	LIBRO PARA ACTAS DE 144 PAGINAS MARCA: SIN MARCA (2 COTIZ)	C/U	\$ 1.15	\$ 17.25
15	TIJERA DE ACERO INOXIDABLE MEDIANA DE (7-8) PULGADAS APROXIMADAMENTE MARCA: STUDMARK (2 COTIZ.)	C/U	\$ 1.42	\$ 21.30
20	CINTA ADHESIVA TRANSPARENTE DE 3/4, APROXIMADAMENTE 36 YARDAS ROLLO MARCA: ABRO (2 COTIZ)	C/U	\$ 0.18	\$ 3.60
30	LAPIZ CORRIENTE, CON BORRADOR, MINA NEGRA NUMERO 2 MARCA: STUDMARK (2 COTIZ.)	C/U	\$ 0.08	\$ 2.40
10	BOLIGRAFO TINTA SEMI GEL, OUNTA FINA, COLOR AZUL MARCA: STUDMARK (2 COTIZ.)	C/U	\$ 0.30	\$ 3.00
30	BOLIGRAFO DESCARTABLE, COLOR AZUL MARCA: STUDMARK (2 COTIZ)	C/U	\$ 0.15	\$ 4.50
400	FOLDER CORREINTE TAMAÑO CARTA. UNIDADES MARCA: OFIMAK (2 COTIZ)	C/U	\$ 0.04	\$ 16.00
	PASAN.....			\$ 143.65

15	VIENEN-----	C/U	\$ 1.35	\$ 143.65
	FASTENER DE 8 CM. CAJA MARCA: STUDMARK (2 COTIZ)			\$ 20.25
	TOTAL.....			\$ 163.90
<p>GARANTIA: 5 DIAS (SIEMPRE QUE SEAN REFERENTES A CALIDAD, LA EMPRESA HARA CAMBIO SIEMPRE QUE SEA POR DESPECFECTOS DE FABRICA, MAS NO POR MAL MANEJO Y ALMACENAMIENTO DEL PRODUCTO.</p> <p>ENTREGA: 15 DIAS HABILES</p> <p>USO: CENTRO NACIONAL DE RADIOTERAPIA</p> <p>NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.</p>				
Solic. 866				
Mjrdh				

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

22/10/2018

22/10/2018



FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
<i>23/10/18</i>	<i>[Signature]</i>	<i>\$ 130.65</i>	<i>54114</i>
		<i>\$ 33.25</i>	<i>54105</i>

ADMINISTRACIÓN