



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



ORDEN DE COMPRA NO. 708 (CNRT)

FECHA: 17 DE OCTUBRE DEL 2018
SEÑORES: JOSE EDGARDO HERNANDEZ PINEDA NIT:
FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2250-4500 FAX. CORREO: ventasmegafoods@gmail.com
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
5	JABON LIQUIDO AROMATIZANTE PARA MANOS, GALON MARCA: LIMPIO VENCIMIENTO: 2 AÑOS (4 COTIZ.)	C/U	\$ 1.48	\$ 7.40
15	MASCON DE FIBRA SINTETICA PARA LAVAR TRASTOS MARCA: SIN MARCA VENCIMIENTO: NO APLICA (3 COTIZ.)	C/U	\$ 0.10	\$ 1.50
25	JABON DE BAÑO, PASTILLA DE 115- 150 GRAMOS MARCA: LILAC VENCIMIENTO: 2 AÑOS APROX. (3 COTIZ.)	C/U	\$ 0.41	\$ 10.25
5	JABON PARA TRASTOS, EN PASTA SUAVE ENVASE DE 425 GRAMOS MARCA: ZAGAS VENCIMIENTO: 2 AÑOS APROX. (4 COTIZ)	C/U	\$ 0.51	\$ 2.55
5	LIQUIDO LIMPIA VIDRIO, FRASCO ATOMIZADOR DE 1 LITRO APROX. MARCA: MEGAFOODS VENCIMIENTO: 2 AÑOS (3 COTIZ.)	C/U	\$ 1.24	\$ 6.20
5	HIPOCLORITO DE SODIO LEJIA AL 12% DE CONCENTRACION GALON MARCA: MEGA LEJIA VENCIMIENTO: 2 AÑOS (3 COTIZ.) ENTREGA: 1 A 10 DIAS HABILES USO: CENTRO NACIONAL DE RADIOTERAPIA PASAN.....	C/U	\$ 1.84	\$ 9.20
				\$ 37.10

Solic. 871 Mjrdh	VIENEN.....		\$ 37.10
	TOTAL.....		\$ 37.10

NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.

Ed
22/10/2018

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
9/8/10/18	<i>[Signature]</i>	\$ 35.60	54107
		\$ 1.50	54199

22/10/2018

 ADMINISTRACIÓN