

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

ORDEN DE COMPRA

N° RP 89

FECHA: 14 DE OCTUBRE DEL 2019

SEÑORES: DPG S.A. DE C.V. NIT.

TEL. 2526-6500

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.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1,400	<p>SOLICITAN: YO - YO PORTA CARNET</p> <p>OFRECEN: YO - YO PORTA CARNET, CODIGO: ST - CLIP-07 MARCA: STUMARK GARANTIA: 30 DIAS NO POR MAL USO NI MAL ALMACENAJE (3 COTIZ.)</p>	C/U	\$ 0.37	\$ 518.00
TOTAL.....				\$ 518.00
ENTREGA: 2 A 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA				
USO: RECURSOS HUMANOS (PARA CARNET DE EMPLEADOS)				
S/C: 842				

Mjrdh

[Handwritten Signature]
14/10/19

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

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54199	\$ 518.-	15/oct/2019	<i>[Handwritten Signature]</i>

[Handwritten Signature]

 Dr. Angel Ernesto Alvarado Rodriguez
 DIRECCION
 H. N. N. B.