



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



**ORDEN DE COMPRA**

N° 324

FECHA: 22 de mayo de 2015

SEÑORES: BUSINESS CENTER, S.A. DE C.V. NIT. 0614-130594-103-9 TEL. 22708775

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
20	Mouse ópticos USB Marca. XTECH (5-c-)	c/u	\$2.30	\$46.00
10	Limpiadora para led Marca. Sabo (4-c)	c/u	\$3.35	\$33.50
1	Torre de DVD-R (50 Unidades) Marca. LSK (3-C-)	c/u	\$9.95	\$9.95
				<u>\$89.45</u>
	ENTREGA. 7 DÍAS HABLES MAXIMO			
	S/C 454			
	USO. INFORMATICA SERVICIOS DEL HOSPITAL			
roch				

*Handwritten signature and date: 3/6/2015 10:36 am*

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

Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54115	\$ 55.95	03/06/15	<i>[Signature]</i>
54107	\$ 33.50		



*Handwritten date: 3/6/2015*

*Handwritten signature and stamp: ADMINISTRACION*