



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



**ORDEN DE COMPRA**

NºRP 35  
 FECHA: 13 DE MAYO DE 2015  
 SEÑORES: TOM ALBERTO HERNANDEZ NIT.0614291264-010-8 TEL. 2235 31 93  
 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
30	BLOCK DE 40 TALONARIOS DE 50 RECETAS EN ORIGINAL Y COPIA QUE DEBERAN INDICAR CON EL CORRELATIVO 640001 EN ADELANTE, IMPRESOS EN PAPEL QUIMICO ORIGINAL EN BLANCO Y COPIA EN CELESTE TAMAÑO 20.5 CM X 14.0 CM.	c/u.	\$42.00	
Roch.	Total.....			\$1,260.00
5-C-	NIT:0614 291264-010-8 Uso. FARMACIA CENTRAL S/C: 498			

*Handwritten signature and date: 18/05/15*

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
54105	\$1,260.00	18/5/15	<i>Handwritten signature</i>



*Handwritten date and signature: 18/5/2015*