



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR,, EL SALVADOR, C. A.**  
**TEL. 21326890 FAX 21326891**

**URGENTE**

**ORDEN DE COMPRA**

**Nº 442 REPOSICION POR NOMBRE DE RAZON SOCIAL.**

FECHA :27 DE MAYO DE 2014

SEÑORES : ENMANUEL DE JESUS ORELLANA MUÑOZ NIT. 0821-010148-001-1 TEL. 2221-48 09

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 ½ A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.**

**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:**

| CANTIDAD     | DETALLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | U.M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|-----------------|
| 7,875        | PLIEGOS DE PAPEL KRAFT DOBLE B-98 30X40<br>ENTREGA. INMEDIATA.<br>S/C 599<br><br>USO. CENTRAL DE ESTERILIZACION<br><br>Sr. Proveedor tramitar quedan inmediatamente<br>que entregue el producto. (Se le comunica que para agilizar<br>el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a<br>Unidad Financiera NOTA autorizando al Hospital su pago<br>por vía electrónica a través del DAVIVIENDA indicando el<br>Nombre y Número de la Cuenta. | C/U | \$0.11          | <u>\$866.25</u> |
| ROCH<br>3-C- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                 |                 |

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. 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

| ESPECIFICO | VALOR    | FECHA       | FIRMA |  |
|------------|----------|-------------|-------|--|
| 54105      | \$866.25 | 2/June/2014 |       |  |
|            |          |             |       |  |
|            |          |             |       |  |
|            |          |             |       |  |
|            |          |             |       |  |



2/6/2014

ADMINISTRACION